

Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung

☐ Erstantrag

☐ Einstufung in einen höheren Pflegegrad

Eingangsstempel

☐ Änderung der Pflegeleistung ab:

				2	0		
--	--	--	--	---	---	--	--

Antragsdatum:

				2	0		
--	--	--	--	---	---	--	--

Name, Vorname des **Pflegebedürftigen**

Geburtsdatum

PLZ: Ort:

Straße: Telefonnummer:

Versichertennummer:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Ich habe einen Betreuer

☐ nein

☐ ja*

Ich habe einen Bevollmächtigten

☐ nein

☐ ja*

· Wichtig! Bitte übersenden Sie uns zeitnah eine Kopie vom Betreuerbeschluss/-ausweis bzw. der Vollmacht, sofern uns die Betreuung oder Bevollmächtigung noch nicht angezeigt wurde.

Name, Vorname:

PLZ: Ort:

Straße: Telefonnummer:

Ich beantrage hiermit folgende Leistungen:

☐ **Pflegegeld** (für eine private Pflegeperson, z. B. Familienangehörige)

☐ **Kombinationsleistung** (Pflegesachleistung und Pflegegeld)

☐ **Pflegesachleistung** (Leistungserbringung durch einen Pflegedienst/Sozialstation)

☐ **Tages- oder Nachtpflege** (teilstationäre Pflegeeinrichtungen)

☐ **Dauerhafte Pflege in einem Pflegeheim**

☐ **Dauerhafte Pflege in einer Einrichtung für behinderte Menschen** (Wohnheim, Außenwohngruppe)

☐ **Antrag auf Pflegezeit** (Bitte zusätzlich ankreuzen - **gilt nur** für Pflegepersonen die zur Pflege ihrer Angehörigen eine Freistellung von der Arbeit/Berufstätigkeit bis zu 6 Monaten beantragen wollen.)

.....
Name, Vorname

.....
Versichertennummer

Die Pflege wird durchgeführt von Angehörigen/Bekannten ☐ nein ☐ ja, bitte angeben

.....
Name, Vorname der **Pflegeperson** Geburtsdatum

PLZ: Ort:

Straße: Telefonnummer:

Die Pflege wird zurzeit nicht im Haushalt des Pflegebedürftigen durchgeführt ☐ Ja, bitte angeben

.....

Name

.....

Vorname

.....

Straße

.....

Haus-Nr.

.....

PLZ

.....

Ort

.....

Telefonnummer

Die Pflege wird durchgeführt von einem Pflegedienst / Tages- oder Nachtpflegeeinrichtung / Pflegeheim / Behinderteneinrichtung

☐ nein ☐ ja, bitte angeben

Name und Anschrift des Pflegedienstes

.....
Name **des Pflegedienstes**

.....
Anschrift Datum seit wann (geplant ab)

Name und Anschrift des Pflegeheimes, der Tages- oder Nachtpflegeeinrichtung oder der Behinderteneinrichtung

.....
Name **des Pflegeheimes der Tages- oder Nachtpflegeeinrichtung bzw. der Behinderteneinrichtung**

.....
Anschrift Datum seit wann (geplant ab)

Angaben zum Hausarzt bzw. behandelnden Arzt:

.....
Name, Vorname **des behandelnden Arztes**

Anschrift:

Versichertennummer

Sozialamt ☐ ja*/beantragt

Unfallversicherungsträger (Arbeitsunfall, Berufskrankheit) ☐ ja*/beantragt

Versorgungsamt (Impfschaden, Wehrdienstschaden usw.) ☐ ja*/beantragt

ausländischer Leistungsträger / Sonstiger Leistungsträger ☐ ja*/beantragt

Ich habe Anspruch auf Beihilfe nach beamtenrechtlichen Vorschriften/Heilfürsorge, weil ☐ ja*

- ich im öffentlichen Dienst beschäftigt bin/war
- ich eine Hinterbliebenenversorgung aus einem öffentlich-rechtlichen Dienstverhältnis meines Ehegatten/eines Elternteils erhalte
- mein Ehegatte/ein Elternteil im öffentlichen Dienst beschäftigt ist/war

*** Bitte eine Bescheinigung über die Höhe der Leistungen oder eine Kopie des Bescheides beifügen.**

[illegible]

Die Daten werden zur Erfüllung unserer Aufgaben nach § 94 Abs. 1 Sozialgesetzbuch Elftes Buch (SGB XI) zum Zweck der Bearbeitung Ihres Antrags auf Pflegeleistungen nach §§ 36 – 45b SGB XI erhoben und verarbeitet. Ihr Mitwirken ist nach § 60 Sozialgesetzbuch Erstes Buch (SGB I) erforderlich. Fehlende Mitwirkung kann zu Nachteilen (z. B. bei den Leistungsansprüchen §§ 36 – 45b SGB XI) führen. Mit der Prüfung, ob die Voraussetzungen der Pflegebedürftigkeit erfüllt sind und welcher Pflegegrad vorliegt beauftragt die Pflegekasse den Medizinischen Dienst (MD) gemäß § 18 Abs. 1 Sozialgesetzbuch Elftes Buch (SGB XI). Allgemeine Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten finden Sie unter aok.de/plus/datenschutzrechte.

Datum	Unterschrift des Versicherten/Betreuers/Bevollmächtigten/gesetzlichen Vertreters