Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung
Höherstufung in einen anderen Pflegegrad

lärz.weiß

Pflegekasse:

☐ **Erstantrag** ☐ **Einstufung in einen höheren Pflegegrad** ☐ **Änderung der Pflegeleistung ab:**

Antragsdatum:

Name, Vorname des/der Pflegebedürftigen

Geburtsdatum

Straße und Hausnummer

Versichertennummer

Postleitzahl und Wohnort

Telefon*

Name, Vorname der Pflegeperson

Geburtsdatum

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Wohnort

Telefon*

Ich beantrage hiermit folgende Leistungen:

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

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

Angaben zum Hausarzt bzw. behandelnden Arzt:

Name, Vorname **des behandelnden Arzt**

Anschrift

Für die Überweisung der Pflegeleistungen ist die Angabe Ihrer Bankverbindung unbedingt erforderlich:

IBAN ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Name, Vorname

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Wohnort

Bestätigung/Unterschrift des Versicherten

Name, Vorname: Versicherungsnummer:

Zeitraum, in dem eine Begutachtung aus **zwingenden** Gründen **nicht** möglich ist (z. B. wegen eines Krankenhausaufenthaltes, einer Rehabilitation, einer Kurzzeitpflege usw.):

bis

bis

An folgenden Werktagen ist eine Begutachtung aus zwingenden Gründen nicht möglich (z. B. wegen einer Dialyse, einer Chemotherapie usw.):

Montag Dienstag Mittwoch Donnerstag Freitag Samstag

Ich bitte, mir ein Pflegebegutachten zu übersenden.

Ich erhalte bereits Pflegeleistungen bzw. habe Pflegeleistungen beantragt

Sozialamt	ja*/beantragt
Unfallversicherung (Arbeitsunfall, Berufskrankheit)	ja*/beantragt
Versorgungsamt (Impfschaden, Wehrdienstschaden usw.)	ja*/beantragt
ausländischer Leistungsträger / Sonstiger Leistungsträger	ja*/beantragt

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

- ich im öffentlichen Dienst beschäftigt bin/war
- ich eine Hinterbliebenenversorgung aus einem öffentlich-rechlichen 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**

Erklärung zum Antrag auf Pflegeleistungen und zur Entbindung der Schweigepflicht

Ich entbinde meine Ärzte, die mich betreuenden Pflegekräfte und die stationäre Pflegeeinrichtung von ihrer Schweigepflicht, soweit diese Unterlagen für Auskünfte zur Entscheidung über meine Antrag auf Pflegeleistungen von der Pflegekasse und dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung benötigt werden.

Ja Nein

Die Pflegekasse darf meinem behandelnden Arzt eine Kopie des Pflegegutachtens des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung zur Verfügung stellen.

Ja Nein

Ich verpflichte mich, jede Änderung der Verhältnisse, die einen Einfluss auf die Leistungen der sozialen Pflegeversicherung haben, **unverzüglich der Pflegekasse mitzuteilen. Diese sind z. B. Umzug in ein Pflegeheim, Hinzunahme eines Pflegedienstes, Änderung der Bankverbindung, Änderung des Gesundheitszustandes (Besserung/Verschlechterung) und Beantragung oder Bezug von Beihilfe- oder Versorgungsleistungen.**

Einige Leistungen der Pflegekasse werden im Voraus gezahlt. Hierdurch kann es zu Überzahlungen kommen. Ich verpflichte mich daher, überzahlte Beträge unverzüglich an die Pflegekasse zurückzuzahlen.
Ich ermächtige die Pflegekasse überzahlte Leistungen der Pflegeversicherung auch mit Wirkung meinen Erben gegenüber zulasten meines Kontos beim jeweils kontoführenden Geldinstituts einzuziehen. Die entstehenden Bankgebühren trägt die Pflegekasse.

Ja, ich stimme zu Nein, ich stimme nicht zu

Ort, Datum

Unterschrift des Pflegebedürftigen bzw. Betreuers/Bevollmächtigten