

# Antrag auf Leistungen der vollstationären Pflege

## A Angaben zur pflegebedürftigen Person

Name, Vorname

Geburtsdatum

Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort

## B Art der beantragten Leistung (Bitte Entsprechendes ankreuzen.)

Leistungen bei vollstationärer Pflege in einem zugelassenen Pflegeheim

Die vollstationäre Pflege ist erforderlich, weil

- eine Pflegeperson nicht vorhanden ist oder eine Überforderung der Pflegeperson droht  
 die häuslichen Gegebenheiten die Pflege nicht oder nicht mehr ermöglichen  
 sonstige Gründe eine vollstationäre Pflege erfordern.

Grund

Leistungen bei vollstationärem Aufenthalt in einer Einrichtung der Hilfe für behinderte Menschen

Einzug in die Pflegeeinrichtung am

Tag, Monat, Jahr

Name und Anschrift des Pflegeheimes/der Einrichtung

Falls Sie bereits Leistungen der Pflegeversicherung beziehen, hat sich der Hilfebedarf seit der letzten Begutachtung deutlich erhöht?

- nein  ja, ich beantrage eine Höherstufung

## C Allgemeine Angaben zur Pflegebedürftigkeit

Erhalten Sie bereits Pflegeleistungen von anderen Stellen?

nein

ja

Name und Anschrift der zahlenden Stelle

Bitte Bescheid in Kopie beifügen.

Haben Sie nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Krankheit und Pflege Anspruch auf Beihilfe oder Heilfürsorge?

nein

ja

Anschrift der Beihilfe-/Fürsorgestelle oder des Dienstherrn

Die zur Pflegebedürftigkeit führenden Leiden wurden verursacht durch

- einen Arbeitsunfall oder eine Berufskrankheit  
 eine anerkannte Kriegsdienstbeschädigung oder eine militärische Dienstleistung  
 einen Dritten (z. B. Verkehrsunfall)

Bitte fügen Sie den entsprechenden Bescheid des Unfallversicherungsträgers oder der Versorgungsbehörde in Kopie bei.

Behandelnder Arzt (Hausarzt)

Name, Anschrift

Telefon

## D Angaben zum Hilfebedarf

In welchen Bereichen wird Hilfe benötigt?

- Körperpflege     Mobilität     Ernährung     Hauswirtschaftliche Versorgung

## E Sonstige Angaben

Wurde ein Betreuer bestellt?

- nein  
 ja (Bitte Kopie des Betreuerausweises beifügen.)

## F Erklärung des Pflegebedürftigen

Ich versichere, dass die gemachten Angaben den Tatsachen entsprechen. Änderungen in den Verhältnissen, die für die Leistungserbringung erheblich sind, werde ich umgehend mitteilen. Soweit es für die Entscheidung über meinen Antrag erforderlich ist, erkläre ich mich damit einverstanden, dass ärztliche und psychologische Untersuchungsunterlagen von den Stellen und Ärzten angefordert werden können, bei denen ich in Behandlung stehe oder gestanden habe. Ich bin damit einverstanden, dass der Medizinische Dienst der Krankenversicherung die mich behandelnden Ärzte oder Ärztinnen, bei denen ich in Behandlung gestanden habe, und meinen betreuenden Pflegedienst in die Begutachtung einbezieht und die erforderlichen Unterlagen zugänglich gemacht werden.

Die Beantwortung der Fragen dient der Feststellung, ob Ansprüche bestehen. Um einen etwaigen Leistungsanspruch prüfen zu können, ist Ihre Mitwirkung erforderlich. Eine fehlende Mitwirkung kann zu Nachteilen bei den Leistungsansprüchen führen.

Datum

Telefon

Unterschrift des Pflegebedürftigen

oder

Unterschrift des Bevollmächtigten, Betreuers oder gesetzl. Vertreters

ggf. Name, Vorname des Bevollmächtigten, Betreuers oder gesetzl. Vertreters

Um Sie umfassend beraten und betreuen zu können, sind wir darauf angewiesen, Daten zu erheben, zu verarbeiten und zu nutzen. Dabei beachten wir die für uns geltenden Datenschutzbestimmungen.