

# Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung

## A Angaben zur pflegebedürftigen Person

Name, Vorname

<Name>

Geburtsdatum

<GebDatum>

Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort

<Anschrift>

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

Antrag vom

Tag, Monat, Jahr

<Datum>

**Erstmalige Feststellung einer Pflegestufe**

**Erhöhung der bestehenden Pflegestufe**

**Pflegegeldleistung**

(Die Pflege wird durch eine private Pflegeperson sichergestellt.)

Name, Geburtsdatum und Anschrift der privaten Pflegeperson(en)

**Kombinationsleistung**

(Die Pflege wird durch einen Pflegedienst **und** eine private Pflegeperson sichergestellt.)

Name und Anschrift des Pflegedienstes

Name, Geburtsdatum und Anschrift der privaten Pflegeperson(en)

**Pflegesachleistung**

(Die Pflege wird **nur** durch einen Pflegedienst sichergestellt.)

Name und Anschrift des Pflegedienstes

**Leistungen bei vollstationärer Pflege in einem zugelassenen Pflegeheim**

Name und Anschrift des Pflegeheimes

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 oder

sonstige Gründe eine vollstationäre Pflege erfordern.

Grund

Einzug in das Pflegeheim am

Tag, Monat, Jahr

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

Name und Anschrift der Einrichtung

Einzug in die Einrichtung am

Tag, Monat, Jahr

### C Allgemeine Angaben zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit

Seit wann besteht Pflegebedürftigkeit?

(Bei Antrag auf Änderung der Pflegestufe bitte maßgeblichen Zeitpunkt der Änderung angeben.)

seit

Tag, Monat, Jahr

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

Es besteht regelmäßiger Hilfebedarf in folgenden Bereichen:

Körperpflege

einmal täglich

mehrmals täglich

auch nachts

Ernährung

einmal täglich

mehrmals täglich

auch nachts

Mobilität

einmal täglich

mehrmals täglich

auch nachts

Hauswirtschaftliche Versorgung

einmal wöchentlich

mehrmals wöchentlich

Erschwernisse bei der Pflege

Art der Erschwernisse

### E Sonstige Angaben

Wurde ein Betreuer bestellt?

nein

ja (Bitte Kopie des Betreuerausweises beifügen.)

## Angaben zur Bankverbindung

Name und Sitz der Bank	BLZ
Kontoinhaber	Kontonummer

(Kontoinhaber ist nur erforderlich, falls nicht identisch mit Antragsteller.)

## 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 Ärzte, bei denen ich in Behandlung gestanden habe, und meinen betreuenden Pflegedienst in die Begutachtung einbezieht und die erforderlichen Unterlagen zugänglich gemacht werden.

Sollte nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen ein Anspruch auf Beihilfe bestehen, bin ich damit einverstanden, dass bei einer etwaigen Beitragsentrichtung zur Rentenversicherung für die Pflegeperson oder eine Weiterleitung der für die Beitragsentrichtung notwendigen Daten an die Festsetzungsstelle für die Beihilfe oder an den Dienstherren erfolgt.

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 zur Ablehnung des Leistungsantrages führen, sofern der Antrag nicht **innerhalb eines Monats** zurückgesandt wird.

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.