

Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung

Erstantrag

Persönliche Daten des Pflegebedürftigen

Name, Vorname	Kundennummer	Geburtsdatum
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Straße, Hausnummer	Telefonnummer	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
PLZ, Ort	E-Mail	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	

Ich beantrage folgende Leistungsart

<input type="checkbox"/> Pflegegeld Pflege durch private Pflegeperson	<input type="checkbox"/> Pflegesachleistung Pflege durch zugelassenen Pflegedienst	<input type="checkbox"/> Kombinationsleistung Pflege durch private Pflegeperson und zugelassenen Pflegedienst
<input type="checkbox"/> vollstationäre Pflege In zugelassener Pflegeeinrichtung	<input type="checkbox"/> Vollstationäre Pflege in einer Behinderteneinrichtung In zugelassener Behinderteneinrichtung	
<input type="checkbox"/> Tages- und Nachtpflege		

Bankverbindung

Name der Bank	IBAN
<input type="text"/>	<input type="text"/>
BIC	Kontoinhaber
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Die Pflege wird durchgeführt von einer privaten Pflegeperson

Name der Pflegeperson	Geburtsdatum
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Straße, Hausnummer	
<input type="text"/>	
PLZ, Ort	Telefon
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Pflegt diese Person weitere Pflegebedürftige? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	



Die Pflege wird durchgeführt von einem Pflegedienst/ einem Pflegeheim/ einer Behinderteneinrichtung

Name des Leistungserbringers	
<input type="text"/>	
Straße, Hausnummer	Institutionskennzeichen (falls bekannt)
<input type="text"/>	<input type="text"/>
PLZ, Ort	Telefon
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Pflege wird durchgeführt/ist geplant ab:	<input type="text"/>

Daten zum behandelnden Hausarzt/Facharzt

Name der Praxis	
<input type="text"/>	
Straße, Hausnummer	
<input type="text"/>	
PLZ, Ort	Telefon
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Der Weiterleitung einer möglichen Heilmittlempfehlung an meinen behandelnden Arzt stimme ich zu.	
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

Ich habe Anspruch auf Beihilfe nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder der Heilfürsorge

<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Aktenzeichen
		<input type="text"/>
Name der Beihilfestelle/ Ansprechpartner und Telefonnummer (falls bekannt)		
<input type="text"/>		

Geben Sie bitte die Ursache an, weshalb es zur Pflegebedürftigkeit kam (Punkt 1-3) und bestehen Ansprüche gegenüber anderen Trägern (Punkt 4-7)?

1.) Arbeitsunfall / Berufskrankheit	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
2.) Versorgungsleiden / Kriegsschaden / Wehrdienstschaden	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
3.) Folgen eines Unfalls, Behandlungsfehlers, Geburtsschadens	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
4.) Unfallversicherung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
5.) Sozialamt	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
6.) Versorgungsamt	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
7.) Ausländischer Versicherungsträger	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Name und Adresse		
<input type="text"/>		
Ansprechpartner und Telefonnummer		Aktenzeichen
<input type="text"/>		<input type="text"/>



Ich bin einverstanden, dass

- mein o.g. behandelnder Arzt, vorhandene ärztliche Berichte, Gutachten und Befunde dem medizinischen Dienst (MD) zur Verfügung stellt, soweit sie für die Begutachtung der Pflegebedürftigkeit erforderlich sind.
- die Pflegekasse dem MD zum Zwecke der Terminabsprache die vorliegenden Rufnummern oder E-Mail-Adressen, auch die von Betreuern oder Bevollmächtigten, mitteilt.
- die ärztlichen und pflegfachlichen Gutachter des MD das vollständige Gutachten an meine Kranken-/Pflegekasse übermitteln und entbinde sie insoweit von ihrer gesetzlichen Verschwiegenheitspflicht.
- Falls Sie nicht einverstanden sind, streichen Sie den vorherigen Abschnitt bitte durch. Sofern Sie die Einwilligung verweigern, kann dies zu Nachteilen bei der Leistungserbringung führen (§ 66 SGB I).

<input type="checkbox"/>	Eine Begutachtung durch den Medizinischen Dienst ist vor dem				
	oder in der Zeit vom		bis		nicht möglich.
Grund für die Verzögerung der Begutachtung (z.B. persönliche Termine, Krankenhaus):					

Ort, Datum	Unterschrift
Unterschrift des Bevollmächtigten (bitte Vollmacht in Kopie beifügen)	

Hinweis zum Datenschutz und zur Mitwirkung:

Gemäß § 67a SGB X in Verbindung mit §§ 7, 7a, 28 SGB XI, § 60 SGB I ist Ihre Mitwirkung zur Bearbeitung Ihres Antrages erforderlich. Ihre Daten sind im vorliegenden Fall aufgrund § 94 SGB XI zu erheben. Fehlt Ihre Mitwirkung kann dies zu Nachteilen bei Ihren Leistungsansprüchen führen.

