

Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung



Anschrift der Pflegeklasse

Angaben der/des Pflegebedürftigen

Name, Vorname

Geburtsdatum

Vers.-Nr.

Anschrift (Straße, PLZ, Ort)

- Ich habe einen Betreuer (bitte Kopie des Betreuer-Ausweises beifügen)
- Ich habe eine Bevollmächtigung (bitte Vollmacht beifügen)

Name, Vorname

Anschrift (Straße, PLZ, Ort)

Telefonnummer

- Erstantrag
- Einstufung in einen höheren Pflegegrad
- Änderung ab:

Ich beantrage folgende Leistungen

- Pflegesachleistung Pflege durch einen zugelassenen Pflegedienst
- Geldleistung für die Pflege durch eine private Pflegeperson
- Kombinationsleistung Pflege durch einen zugelassenen Pflegedienst & eine private Pflegeperson
- Tages- & Nachtpflege Pflege in einer teilstationären Pflegeeinrichtung
- Vollstationäre Pflege Pflege in einer vollstationären Pflegeeinrichtung

Die Pflegetätigkeiten werden durchgeführt von:

- Pflegedienst
Name Pflegedienst, Adresse, Telefon
- Tagespflege
Name Tagespflege, Adresse, Telefon
- Pflegeheim
Name Pflegeheim, Adresse, Telefon
- Private Pflegeperson
Name, Vorname, Adresse, Telefon

Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung



Anschrift der Pflegeklasse

Die beantragte Geldleistung soll auf folgendes Konto überwiesen werden:

_____ Name, Vorname	_____ Name des Geldinstitutes
_____ IBAN	_____ BIC

Angaben der/des behandelnden Arztes / Ärztin

_____ Name, Vorname des Hausarztes / Facharztes	_____
_____ Anschrift (Straße, PLZ, Ort) des Hausarztes / Facharztes	_____ Telefonnummer

Terminabsprachen mit dem Medizinischen Dienst der Krankenkasse (MDK)

- Ich wünsche eine Terminabsprache für einen Hausbesuch des Gutachters des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung mit:

_____ Name, Vorname, Anschrift	_____ Telefonnummer
-----------------------------------	------------------------

Ich erteile meinen behandelnden Ärzten, mich betreuenden Pflegekräften, Pflegediensten und stationären Pflegeeinrichtungen, dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) Auskünfte über die für die Begutachtung der Pflegebedürftigkeit wichtigen Erkrankungen, sowie Art, Umfang und Dauer der Hilfebedürftigkeit zu erteilen. Des Weiteren dürfen sie entsprechende Unterlagen zur Verfügung stellen, die zur Aufgabenerfüllung der Pflegekasse und/oder des MDK für den konkreten Einzelfall benötigt werden.

Unterschrift

_____ Ort, Datum	_____ Unterschrift des/der Leistungsnehmers/in // Bevollmächtigte // Betreuer/in
---------------------	-------------------------------------------------------------------------------------