

Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung

für das Mitglied für den Familienangehörigen

Datenschutzhinweis: Diese Daten werden nach § 60 SGB I i.V.m. § 94 SGB XI erhoben.

Personalien	
Name, Vorname, Geburtstag des pflegebedürftigen Versicherten	Versichertennummer
Anschrift des Patienten	Telefon

Beantragt wird		
<input type="checkbox"/> Sachleistung	<input type="checkbox"/> Geldleistung	<input type="checkbox"/> Kombinationsleistung *

Bankverbindung		
IBAN	BIC	Geldinstitut
Name des Kontoinhabers		

Die Pflege wird durchgeführt von	
Name des Hilfsdienstes / der Sozialstation	Tel.-Nr.
Anschrift des Hilfsdienstes / der Sozialstation	
Name der Pflegeperson	
Anschrift der Pflegeperson	Tel.-Nr.

Hilfebedarf besteht im Bereich der		
<input type="checkbox"/> Körperpflege	<input type="checkbox"/> Ernährung	<input type="checkbox"/> Mobilität
<input type="checkbox"/> Hauswirtschaftliche Versorgung	<input type="checkbox"/> Sonstiges	

Ich erhalte bereits Pflegegeld von	
<input type="checkbox"/> der Unfallversicherung	<input type="checkbox"/> dem Sozialamt
<input type="checkbox"/> sonstiger Stelle:	

Besteht nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Krankheit und Pflege Anspruch auf Beihilfe oder Heilfürsorge?	
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, bei: _____ (bitte Bescheinigung der Beihilfestelle beifügen)

Ich beantrage zusätzliche Betreuungsleistungen	
ab _____	wegen
<input type="checkbox"/> demenzbedingten Fähigkeitsstörungen	<input type="checkbox"/> einer geistigen Behinderung
<input type="checkbox"/> einer psychischen Erkrankung	

* Wenn Sie die Kombinationsleistung wählen, erhalten Sie die Geldleistung und die Sachleistung jeweils teilweise.

Ermittlung der Vorversicherungszeiten

Die Leistungsansprüche aus der Pflegekasse sind von der gesetzlichen Erfüllung einer Vorversicherungszeit in der Pflegeversicherung abhängig. Diese beträgt zwei Jahre innerhalb einer Rahmenfrist von zehn Jahren vor der Antragsstellung. Dabei zählen auch Zeiten, die Sie bei einer anderen gesetzlichen Pflegekasse versichert waren.

Sollten Sie diese Vorversicherungszeit nicht erfüllen, empfehlen wir Ihnen, den Antrag zu einem späteren Zeitpunkt zu stellen.

Für versicherte Kinder gilt die Vorversicherungszeit als erfüllt, wenn ein Elternteil sie erfüllt.

Bitte tragen Sie nachfolgend Ihre genauen Versicherungszeiten ein:

von	bis	selbst versichert	familien- versichert	Name und Sitz der Krankenkasse

Bitte belegen Sie uns die Zeiten, in denen Sie bei einer anderen Pflegekasse versichert waren mit einer Mitgliedsbestätigung dieser Pflegekasse.

Behandelnder Arzt

Name	Tel. -Nr.
Anschrift	

Ich bin damit einverstanden, dass mein o.g. behandelnder Arzt vorhandene ärztliche Berichte, Gutachten und Befunddokumentationen dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung zur Verfügung stellt soweit sie für die Begutachtung der Pflegebedürftigkeit erforderlich sind. .

Falls Sie nicht damit einverstanden sind, streichen Sie bitte diesen Abschnitt durch. Sofern Sie die Einwilligung verweigern, kann dies zu Nachteilen bei der Leistungserbringung führen (§ 66 SGB I).

Ich bestätige hiermit die Richtigkeit der gemachten Angaben

Datum

Unterschrift