

Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung – Antragsdatum:

Name _____ Vorname _____ geb. am _____

Straße _____

Plz, Wohnort _____

Krankenversicherungsnummer _____

[Datenschutzhinweis DSGVO allg](#)

Erst-/ Neuantrag Änderung der Pflegeleistung ab _____

Höherstufungsantrag

Ich beantrage

Pflegesachleistung (durch Pflegekräfte von ambulanten Pflegediensten)

Pflegegeld (für eine private Pflegeperson, z. B. Familienangehörige)

eine **Kombination** aus Pflegesachleistung und Pflegegeld

Vollstationäre Pflege in einem Pflegeheim (da eine Pflege im häuslichen Bereich nicht möglich ist) inklusive des Anspruchs auf zusätzliche Betreuung und Aktivierung

Vollstationäre Pflege in Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen

Ich habe einen Betreuer Nein Ja (Kopie des Betreuerausweises beifügen)

Ich habe einen Bevollmächtigten Nein Ja (Kopie der Vollmacht beifügen)

Name, Vorname: _____

PLZ: _____ Ort: _____

Straße: _____ Telefonnummer: _____

Ich erhalte:

familiäre, nachbarschaftliche oder ehrenamtliche Pflege durch:

Vorname	Name	Anschrift / Telefonnummer	Stunden in der Woche

Die Pflege wird zurzeit nicht im Haushalt des Pflegebedürftigen durchgeführt

Anschrift : _____

professionelle Pflege von einem Pflegedienst/ Pflegeheim/ einer Behinderteneinrichtung

Ab/ seit (Datum): _____

Name

Anschrift

Die Pflegebedürftigkeit ist Folge eines

Arbeitsunfalls/einer Berufskrankheit Nein Ja
Versorgungsleidens/eines Kriegsschadens/eines Wehrdienstschadens Nein Ja
sonstigen Schadens (z. B. bei Geburt, Unfall, Behandlungsfehler) Nein Ja

Ich erhalte bereits Pflegeleistungen von anderen in- oder ausländischen Stellen:

Nein
 Ja, von der Unfallversicherung
 dem Sozialamt
 dem Versorgungsamt
 Sonstiges:

Bescheide sind beigefügt Bescheide werden nachgereicht

Ich habe Anspruch auf Beihilfe nach beamtenrechtlichen Vorschriften/Heilfürsorge

Nein
 Ja, da ich im öffentlichen Dienst beschäftigt bin/war
 ich eine Hinterbliebenenversorgung aus einem öffentlich-rechtlichen
Dienstverhältnis meines Ehegatten/eines Elternteils erhalte
 mein Ehegatte/ein Elternteil im öffentlichen Dienst beschäftigt ist/war

Meine behandelnden Ärzte sind:

Name	Anschrift	Telefonnummer

Meine Bankverbindung lautet:

Name der Bank	IBAN	BIC

Name und Anschrift des Kontoinhabers, falls vom Pflegebedürftigen abweichend:

Ich bitte um eine kostenfreie Pflegeberatung

telefonisch, zu Hause, in einem Pflegestützpunkt

Meine Telefonnummer für Fragen lautet: _____

Ort, Datum

Unterschrift des Versicherten/Betreuers/Bevollmächtigten/gesetzlichen Vertreters¹

¹ **Einwilligungserklärung nach § 18a Absatz 9 Sozialgesetzbuch XI:**

Ich bin damit einverstanden, dass der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MD) meinen behandelnden Arzt in die Begutachtung einbezieht, ärztliche Auskünfte und Unterlagen über die für die Begutachtung der Pflegebedürftigkeit wichtigen Vorerkrankungen sowie Art, Umfang und Dauer der Hilfebedürftigkeit einholt. Außerdem, die mich pflegenden Angehörigen, sonstigen Personen oder Dienste, die an meiner Pflege beteiligt sind, befragt. Insoweit entbinde ich die genannten Personen bzw. Stellen von ihrer Schweigepflicht. Ich versichere, dass ich die Angaben in diesem Antrag wahrheitsgemäß nach bestem Wissen und Gewissen gemacht habe.