

Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung

☒ Neuantrag☐ Einstufung in einen höheren Pflegegrad

Angaben des/der Pflegebedürftigen

Name, Vorname des/der Versicherten/Pflegebedürftigen: Müller, Martha	Geburtsdatum: 14.11.1935	KV-Nummer: M555666777
Anschrift (Straße, Nr., PLZ, Ort): Bahnhofstr. 11 65432 Grünstadt		Telefon:** 0815/1073

Ich habe einen Betreuer ☐ Ja (bitte Kopie des Betreuer-Ausweises beifügen)
Ich habe einen Bevollmächtigten ☐ Ja (bitte Vollmacht beifügen)

Name, Vorname:

Anschrift (Straße, Nr., PLZ, Ort):

Telefon:**

Ich beantrage folgende Leistungen:

- ☐ Geldleistung (Pflege durch eine private Pflegeperson)
- ☐ Sachleistung (Pflege durch einen zugelassenen Pflegedienst)
- ☒ Kombinationsleistung (Pflege durch eine private Pflegeperson und einen zugelassenen Pflegedienst)
- ☒ Der Anteil, der von mir in Anspruch zu nehmenden Pflegesachleistung bzw. Pflegegeld kann nicht im Voraus bestimmt werden. Ich nehme deswegen von einer Festlegung der Anteile Abstand. Sofern der Pflegesachleistungs-Höchstanspruch von mir nicht ausgeschöpft wird, soll anteilig Pflegegeld an mich ausgezahlt werden.
- ☐ Es wird ein von vornherein festgelegter Anteil an Pflegesachleistungen und Pflegegeld in Anspruch genommen.
- ☐ Tages- / Nachtpflege (Teilstationäre Pflegeeinrichtung neben anderer Pflegeleistung)
- ☐ Dauerhafte Pflege in einem Pflegeheim (inkl. zusätzlicher Betreuung und Aktivierung) ab:
- ☐ Dauerhafte Pflege in einer Einrichtung für behinderte Menschen ab:

Die Pflegetätigkeiten werden durchgeführt von:

☒ Private Pflegeperson

Name, Vorname, Anschrift (Straße, Nr., PLZ, Ort): Müller, Gerda, Bahnhofstr. 13, 65432 Grünstadt	Geburtsdatum: 10.10.1956	Telefon:** 0815/ 1075
Name, Vorname, Anschrift (Straße, Nr., PLZ, Ort):	Geburtsdatum:	Telefon:**

☒ Pflegedienst

Name, Anschrift (Straße, Nr., PLZ, Ort): Sozialstation Grünstadt, Am See 1, 65432 Grünstadt	Telefon: 0815/1234
--	-----------------------

☐ Pflegeheim ☐ Tagespflegeeinrichtung ☐ Einrichtung für behinderte Menschen

Name, Anschrift (Straße, Nr., PLZ, Ort):	Telefon:
--	----------

Das beantragte Pflegegeld soll auf mein/folgendes Konto überwiesen werden:

Kontoinhaber/in (Name, Vorname): Müller, Martha	Straße, Nr., PLZ, Ort: Bahnhofstr. 11, 65432 Grünstadt	
Kontonummer / IBAN: DE8929102030405	Blz / BIC (Bei Auslandskonto): GEHOAEKSKMZ	Geldinstitut: Sparkasse Grünstadt

Ursachen der Pflegebedürftigkeit

Arbeitsunfall/Berufskrankheit	<input type="checkbox"/> Ja
Versorgungsleiden/Kriegsschaden/Wehrdienstschaden	<input type="checkbox"/> Ja
Sonstiger Unfall (z. B. Autounfall)	<input type="checkbox"/> Ja
Behandlungsfehler/Geburtshilfefehler	<input type="checkbox"/> Ja
Ich erhalte bereits Pflegeleistungen von anderen Leistungsträgern	<input type="checkbox"/> Ja *
Ich habe Pflegeleistungen bei anderen Leistungsträgern beantragt	<input type="checkbox"/> Ja *
Name, Anschrift, Aktenzeichen von der zuständigen Stelle:	

* Bitte eine Bescheinigung über die Höhe der Leistungen oder eine Kopie des Bescheides beifügen

Es besteht ein Anspruch nach beamtenrechtlichen Vorschriften auf Beihilfe / freie Heilfürsorge, da

- ich im öffentlichen Dienst beschäftigt bin/war.	<input type="checkbox"/> Ja
- ich eine Hinterbliebenenversorgung aus einem öffentlich-rechtlichen Dienstverhältnis meines Ehegatten/meines Elternteils erhalte.	<input type="checkbox"/> Ja
- mein Ehegatte/ein Elternteil im öffentlichen Dienst beschäftigt ist/war.	<input type="checkbox"/> Ja
- ich in einem öffentl. Dienstverhältnis (z. B. als Polizist, Berufssoldat) stehe.	<input type="checkbox"/> Ja
Name, Anschrift der Beihilfestelle:	

Hausarzt

Name, Vorname, Anschrift (Straße, PLZ, Ort): Dr. Schmidt, Hans, Zentrumstr. 5, 65432 Grünstadt

Ich erteile meinen behandelnden Ärzten, den mich behandelnden Kliniken, mich betreuenden Pflegekräften, Pflegediensten und stationären Pflegeeinrichtungen, sowie meinen anderen Therapeuten (z.B. Krankengymnastik, Ergotherapie, Logopädie) die Berechtigung, 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 und entsprechende Unterlagen zur Verfügung zu stellen, die zur Aufgabenerfüllung der Pflegekasse und/oder des MDK für den konkreten Einzelfall benötigt werden.

Diese Erklärung gebe ich freiwillig ab, ich kann sie jederzeit widerrufen.

☐ Nein☒ Ja

Datum: 16.03.2017	Unterschrift des/der Pflegebedürftigen/Bevollmächtigten/Betreuers/in: <i>Martha Müller</i>
-----------------------------	---

Datenschutzhinweis (§67 a Abs. 3 Sozialgesetzbuch X):

Damit wir unsere Aufgaben rechtmäßig erfüllen können, ist Ihr Mitwirken nach § 60 SGB I erforderlich. Ihre Daten sind im vorliegenden Fall aufgrund § 28 SGB XI zu erheben. Fehlt Ihre Mitwirkung, kann dies zu Nachteilen bei den Leistungsansprüchen führen. Liegt ein Beihilfeanspruch vor und sind Rentenversicherungspflichtige Pflegepersonen vorhanden, werden diese an die Beihilfestelle zur Aufnahme der Beitragszahlung gemeldet.

** Die Angabe der Telefonnummern ist freiwillig. Sie wird ggf. für Rückfragen der AOK und des MDK benötigt.