

Anschrift ihrer Pflegekasse

Absender

## 1. Personalien Pflegebedürftiger

---

 Name, Vorname des Pflegebedürftigen

---

 Straße und Hausnummer

---

 Geburtsdatum

---

 Versichertennummer

---

 Telefon

## 2. Bevollmächtigte Person und Art der Pflege

### Ich stelle den Antrag auf Pflege durch:

(Hinweis: Hiermit ist die Person gemeint, die den Antragsteller pflegt.)

 einen Angehörigen

---

 Name, Vorname

---

 Straße und Hausnummer

---

 Postleitzahl und Wohnort

---

 Geburtsdatum

---

 Telefon

---

 E-Mail-Adresse

---

 Pflegezeit beim Arbeitgeber beantragt/  
 Familienpflegezeit (von - bis):

 Tages- oder Nachtpflegeeinrichtung

 einen Pflegedienst

---

 Name des Pflegedienstes/ Einrichtung, der die/meine Pflege durchführt

 oder  eine andere Privatperson:

---

 Name, Vorname

---

 Straße und Hausnummer

---

 Postleitzahl und Wohnort

---

 Geburtsdatum

---

 Telefon

---

 E-Mail-Adresse

---

 Pflegezeit beim Arbeitgeber beantragt/  
 Familienpflegezeit (von - bis):

 ein Pflegeheim oder Behinderteneinrichtung

### 3. Betreuer bzw. schriftlich bevollmächtigte Ansprechperson

ja  nein (Dokumente beifügen!)

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Telefon

\_\_\_\_\_  
Straße und Hausnummer

\_\_\_\_\_  
Postleitzahl und Wohnort

#### HAUSARZT

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Telefon

\_\_\_\_\_  
Straße und Hausnummer

\_\_\_\_\_  
Postleitzahl und Wohnort

### 4. Konto für beantragte Pflegeleistungen:

Eigenes Konto

\_\_\_\_\_  
IBAN

\_\_\_\_\_  
Name des Geldinstituts

\_\_\_\_\_  
BIC

Konto einer bevollmächtigten/vertrauten Person (Dokumente beifügen!)

\_\_\_\_\_  
Name der bevollmächtigten Person

\_\_\_\_\_  
Straße und Hausnummer

\_\_\_\_\_  
Postleitzahl und Wohnort

### 5. Gesundheitlich bedingte Einschränkung der Selbstständigkeit:

## 6. Frühestmöglicher Begutachtungstermin (mit anwesendem Pflegegutachter):

\_\_\_\_\_

Datum

Zeitraum, in dem aus **zwingenden** Gründen **nicht** möglich ist, die Begutachtung durchzuführen (z.B. wegen eines Krankenhausaufenthaltes, einer Rehabilitation, einer Kurzzeitpflege usw.):

\_\_\_\_\_

von

\_\_\_\_\_

bis

An folgenden Werktagen ist eine Begutachtung aus zwingenden Gründen nicht möglich (z.B. wegen einer Dialyse, einer Chemotherapie, usw.):

MO     DI     MI     DO     FR     SA     SO

## 7. Erklärung zum Antrag auf Pflegeleistungen und zur Entbindung von der Schweigepflicht nach §18 Abs.4 des Sozialgesetzbuch XI:

Ich entbinde meine Ärzte, die mich betreuenden Pflegekräfte, Pflegepersonen und etwaige Pflegeeinrichtungen von ihrer Schweigepflicht, soweit Unterlagen für Auskünfte zur Entscheidung über meinen Antrag auf Pflegeleistungen von der Krankenkasse und dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) benötigt werden.

ja     nein

Ferner willige ich hiermit ein, dass zur Prüfung der Pflegebedürftigkeit alle an meiner Versorgung Beteiligten durch die beauftragten Gutachter befragt werden dürfen.

ja     nein

Die Krankenkasse darf meinem behandelnden Arzt eine Kopie des Pflegegutachtens des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) zur Verfügung stellen.

ja     nein

Weiterhin Ich verpflichte mich, jede Änderung der Verhältnisse, die einen Einfluss auf die Leistungen der sozialen Pflegeversicherung haben, **unverzüglich** mitzuteilen. Diese sind z. B. Umzug in ein Pflegeheim, Zusatzleistungen eines Pflegedienstes, Änderung der Bankverbindung, Veränderung des Gesundheitszustandes (Besserung/Verschlechterung) und Beantragung oder Bezug von Beihilfe- oder Versorgungsleistungen. Einige Leistungen der Krankenkassen werden im Voraus gezahlt. Hierdurch kann es zu Überzahlungen kommen. Ich verpflichte mich daher, überzahlte Beträge unverzüglich zurückzuzahlen. Ich ermächtige die Krankenkasse, überzahlte Leistungen der Pflegeversicherung auch mit Wirkung gegenüber meiner Erben zulasten meines Kontos beim jeweils kontoführenden Geldinstitut einzuziehen. Die entstehenden Bankgebühren trägt die Krankenkasse.

Ja, ich stimme zu     Nein, ich stimme nicht zu

Ich versichere, dass ich die Angaben in diesem Antrag wahrheitsgemäß nach bestem Wissen und Gewissen gemacht habe.

\_\_\_\_\_

Ort, Datum

\_\_\_\_\_

Unterschrift des Pflegebedürftigen  
bzw. Betreuers/Bevollmächtigten