

Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung

Hiermit beantrage ich

_____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Name, Vorname	Geb.-Datum
_____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
PLZ/Wohnort/Straße	Versicherten-Nr.

Telefon *	

- die Feststellung der Pflegebedürftigkeit**
- Neufeststellung (Höherstufung), bisherige Stufe**
- Änderung der Leistungsart** (z.B. von Pflegegeld in Pflegesachleistung/ von ambulante in stationäre Pflege)

Pflegesachleistung
(z. B. durch eine Pflegekraft einer Sozialstation)

Pflegegeld
(für eine selbstbeschaffte Pflegehilfe, z. B. Familienangehörigen)

Kombinationsleistung
(Pflegesachleistung und Pflegegeld)

Ich wohne in einem Pflegeheim:

- nein
 ja, und zwar _____

Ich möchte in ein Pflegeheim, voraussichtlich am _____

ins Heim _____

Zusätzlich beantrage ich:

Tagespflege, und zwar

Name, Anschrift, Telefon-Nr. der Tagesstätte

Nachtpflege, und zwar

Name, Anschrift, Telefon-Nr. der Nachtpflegestelle

Ich erhalte Pflegeleistungen von: (Zutreffendes ankreuzen bzw. ergänzen)

der Unfallversicherung

Berufsgenossenschaft

Art der Pflegeleistung

dem Sozialamt

Art der Pflegeleistung

sonstigen Stellen

z. B. Versorgungsamt

Art der Pflegeleistung

Besteht für Sie ein Anspruch auf Beihilfeleistungen oder Heilfürsorge nach beamtenrechtlichen Vorschriften? ja nein

Die Pflege in meiner Häuslichkeit wird durchgeführt/soll durchgeführt werden von:

(Zutreffendes bitte angeben)

Name der Pflegeperson, Anschrift, Telefon-Nr.

□□ □□ □□□□

Pflegebeginn

Anschrift des Pflegedienstes

□□ □□ □□□□

Pflegebeginn

Bankverbindung für die Überweisung der Geldleistung:

_____ Name des Geldinstitutes	
□□□□□□□□	□□□□□□□□□□
Bankleitzahl	Kontonummer
_____ Kontoinhaber (falls abweichend vom Pflegebedürftigen)	

Mein behandelnder Arzt ist:

Name des Hausarztes/Facharztes

Anschrift des Arztes

Telefon-Nr.

Datum

Unterschrift des Versicherten/Bevollmächtigten

Die vorgenannten Daten sind zur Beurteilung Ihres Antrages auf Leistungen aus der Pflegeversicherung notwendig. Rechtsgrundlagen für die Datenerhebung sind § 94 Abs. 1 Nr. 3 i. V. m. 4 und § 28 SGB XI. Ihre Mitwirkungspflicht ergibt sich aus § 60 SGB I. Fehlt Ihre Mitwirkung, kann dies zu Nachteilen in der Leistungsgewährung (§ 66 SGB I) führen.

Terminabsprache mit dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK)

Ich wünsche, daß eine ggf. erforderliche Terminabsprache für einen Hausbesuch des MDK mit mir selbst vorgenommen wird.

Ich wünsche, daß eine ggf. erforderliche Terminabsprache für einen Hausbesuch des MDK

mit meinem Angehörigen/Betreuer
Frau/Herrn

Name, Vorname, Anschrift, Telefon

vorgenommen wird.

Einwilligungserklärung

Ich bin damit einverstanden, dass dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) vorhandene ärztliche Berichte, Gutachten und Befunddokumentationen zur Einsichtnahme zur Verfügung gestellt werden, soweit diese zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit notwendig sind. Des Weiteren kann der MDK meine pflegenden Angehörigen oder sonstige Personen oder Dienste, die an der Pflege beteiligt sind, befragen. Insoweit entbinde ich die o. g. Ärzte bzw. Stellen von ihrer Schweigepflicht. Ich gestatte die Übermittlung der von dem MDK erstellten Gutachten an die Pflegekasse der AOK M/V.

Ort, Datum

Unterschrift des Versicherten/Bevollmächtigten