

Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung

für _____ KV-Nr. : _____

Beantragt werden Leistungen der Pflegeversicherung in einer vollstationären Einrichtung der Behindertenhilfe

ab _____

Es besteht Anspruch auf Beihilfe nach beamtenrechtlichen Vorschriften

Nein Ja, bei _____
Beihilfestelle

Es werden bereits Leistungen wegen Pflegebedürftigkeit bezogen

von der Unfallversicherung vom Sozialamt
 Sonstige _____
Träger

Die Pflege wird durchgeführt von

| | |
|-----------------------------|-----------------------------|
| _____ Pflegeeinrichtung | _____ Vorwahl, Rufnummer |
| _____ Straße, Hausnummer | _____ PLZ, Ort |
| _____ Ansprechpartner/in | _____ Beginn der Pflege |

Behandelnder Arzt (Hausarzt)

| | |
|-----------------------------|-----------------------------|
| _____ Vorname, Name | _____ Vorwahl, Rufnummer |
| _____ Straße, Hausnummer | _____ PLZ, Ort |

Der behandelnde Arzt darf dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung ärztliche Berichte, Gutachten und Befunddokumentationen zur Verfügung stellen, soweit sie für die Begutachtung der Pflegebedürftigkeit erforderlich sind.

Ja, damit bin ich einverstanden
 Nein, damit bin ich nicht einverstanden; Nachteile bei der Leistungserbringung (§ 66 SGB I) nehme ich in Kauf

für _____ KV-Nr. : _____

Bankverbindung

Name der Bank oder Sparkasse

BLZ

Kontonummer

Kontoinhaber/in (Vorname, Name)

Als Bevollmächtigte/r/Betreuer/in wurde eingesetzt bzw. bestimmt

Vorname, Name

Vorwahl, Rufnummer

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Kopie der Betreuungsurkunde/Vollmacht ist beigelegt

Kopie der Betreuungsurkunde/Vollmacht liegt Ihnen vor

Datum

Unterschrift Antragsteller/in

Datenschutzhinweis: Damit wir Ihren Antrag bearbeiten können, ist Ihr Mitwirken nach §§ 7, 28 SGB XI und § 60 SGB I erforderlich. Die Rechtsgrundlage für die Erhebung der Daten beruht auf § 94 SGB XI. Fehlt Ihre Mitwirkung, kann sich das negativ auf Ihren Leistungsanspruch und seinen Beginn auswirken.