

**F-026 Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung**

**Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung**

Hiermit beantrage ich

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_ Versicherungs-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. Familienangehörige)
- Kombinationsleistung (Pflegesachleistung und Pflegegeld)

Ich wohne in einem Pflegeheim:

- Nein
- ja, und zwar (Einrichtung):

Ich möchte in ein Pflegeheim, voraussichtlich am

In das (Einrichtung)

Zusätzlich beantrage ich:

- Tagespflege, und zwar Einrichtung  
 Anschrift: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_
- Nachtpflege, und zwar Einrichtung  
 Anschrift: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

Ich erhalte Pflegeleistungen von:

- Unfallversicherung      Art der Pflegeleistung:

Bearbeiter/in	Geprüft/Datum	Freigabe/Datum	Version	Druckdatum	Seite
FAG VW Pflege			0.1		1 von 1

**F-026 Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung**

Berufsgenossenschaft      Art der Pflegeleistung:

dem Sozialamt      Art der Pflegeleistung:

sonstigen Stellen      Art der Pflegeleistung:  
z.B. Versorgungsamt

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 :

Name der Pflegeperson:

Anschrift:

Telefon:

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 :

Telefon:

.....  
Datum

.....  
Unterschrift des Versicherten/Bevollmächtigten

Bearbeiter/in	Geprüft/Datum	Freigabe/Datum	Version	Druckdatum	Seite
FAG VW Pflege			0.1		2 von 2

**F-026 Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung**

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/Herr

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 zu Feststellung 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 meine Pflegekasse.

.....

.....

Ort, Datum

Unterschrift des Versicherten/Bevollmächtigten

Bearbeiter/in	Geprüft/Datum	Freigabe/Datum	Version	Druckdatum	Seite
FAG VW Pflege			0.1		3 von 3