

# ANTRAG AUF LEISTUNGEN DER PFLEGEVERSICHERUNG

Erstantrag auf Leistungen der Pflegeversicherung

Höherstufungsantrag – derzeitiger Pflegegrad:

## Persönliche Daten

Name, Vorname		Geburtsdatum	
Straße, Hausnummer		Krankenversicherungs-Nr.	
PLZ	Ort	Telefon-Nr. (frw. Angabe, sinnvoll bspw. für den Medizinischen Dienst oder sonstige Rückfragen)	

## Daten Betreuer

Ich habe: ...einen <b>Betreuer</b>		... einen <b>Bevollmächtigten</b>	
nein	ja (bitte Kopie des Betreuerausweises beifügen)	nein	ja (bitte Kopie der Vollmacht beifügen)
Name, Vorname		PLZ	Ort
Straße, Hausnummer		Telefon-Nr. (freiwillige Angabe)	

## Beantragung Leistungen

Ich beantrage folgende Leistungsart	Geldleistung (Pflege durch private Pflegeperson)	Sachleistung (Pflege durch einen zugelassen Pflegedienst)	Kombinationsleistung (Pflege durch private Pflegeperson und zugelassenen Pflegedienst)

## Bankverbindung der/s Versicherte/n\* zur Auszahlung von Leistungen

Name der Bank	
IBAN	BIC (nur bei Auslandskonto)
Kontoinhaber	

\*bei unter 18-jährigen die des/der Erziehungsberechtigten

## Die Pflege wird von privater Pflegeperson durchgeführt

Name, Vorname	PLZ	Ort
Straße, Hausnummer	Telefon-Nr. (freiwillige Angabe)	Geburtsdatum

Name, Vorname	PLZ	Ort
Straße, Hausnummer	Telefon-Nr. (freiwillige Angabe)	Geburtsdatum

## Die Pflege wird vom Pflegedienst durchgeführt

Name des Pflegedienstes	PLZ	Ort
Straße, Hausnummer	Telefon-Nr. (freiwillige Angabe)	

## Die Pflege wird in einer Einrichtung für behinderte Menschen durchgeführt

Name der Einrichtung	PLZ	Ort
Straße, Hausnummer	Telefon-Nr. (freiwillige Angabe)	

## Besteht nach beamtenrechtlichen Vorschriften ein Anspruch auf Beihilfe oder Heilfürsorge?

nein	ja (bitte Bescheinigung der Beihilfestelle beifügen)	Name Beihilfestelle
------	--	---------------------

## Bestehen Ansprüche gegenüber: Versorgungsamt / Landesamt für Versorgung / Berufsgenossenschaft (BG)?

nein	ja (bitte Kopie des Bescheides beifügen)	Name des Amtes / der BG
------	--	-------------------------

## Behandelnder Arzt / Facharzt

Name des Hausarztes / Facharztes	Telefon (falls bekannt, freiwillige Angabe)
----------------------------------	---

Ich bin damit einverstanden, dass

- mein o. g. behandelnder Arzt vorhandene ärztliche Berichte, Gutachten und Befunde dem Medizinischen Dienst (MD) zur Verfügung stellt, soweit sie für die Begutachtung der Pflegebedürftigkeit erforderlich sind.
- die ärztlichen und pflegfachlichen Gutachter des MD das vollständige Gutachten an meine Krankenkasse übermitteln und entbinde sie insoweit von ihrer gesetzlichen Verschwiegenheitspflicht.

Falls Sie nicht einverstanden sind, streichen Sie bitte vorherigen Abschnitt durch. Sofern Sie die Einwilligung verweigern, kann dies zu Nachteilen bei der Leistungserbringung führen (§ 66 SGB I).

Hinweis bei minderjährigen Kindern: Sofern es mehr als eine/n Sorgeberechtigten gibt, der/die auch für die Pflege das Sorgerecht hat, ist eine vorherige – schriftliche oder mündlicher – Zustimmung dieser sorgeberechtigten Person zu diesem Antrag erforderlich. Mit der Unterschrift erklären Sie, dass diese Zustimmung erfolgt ist.

## Unterschrift

Datum	Unterschrift des Versicherten / Bevollmächtigten <b>X</b>
-------	--

Bitte senden Sie den ausgefüllten und unterschriebenen Antrag an: BKK Freudenberg, Pflegekasse, Hühnerweg 2–4, 69465 Weinheim