

## Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung

An (Pflegekasse)

Versicherter: Name, Vorname

Geburtsdatum

Straße / Hausnummer

Versicherungsnummer

Postleitzahl / Wohnort

Telefon

- Erstantrag       Höherstufungsantrag       Antrag auf eingeschränkte Alterskompetenz nach § 45a SGB XI

- Antrag auf Leistungen bei     häuslicher Pflege     stationärer Pflege  
als                             Sachleistungen     Kombinationsleistungen     Geldleistungen

- Beihilfeberechtigt       Antrag auf Wohngruppenzuschlag, da ich in einer WG lebe.

Kreditinstitut

Bankleitzahl

Kontonummer

Kontoinhaber(in)

Die Pflege wird durchgeführt von:

\_\_\_\_\_  
Name und Anschrift der Pflegeeinrichtung (bei Sach-/ oder Kombinationsleistungen)

\_\_\_\_\_  
Name und Anschrift der Pflegeperson ( bei Geld-/ oder Kombinationsleistungen)

- Hilfebedarf besteht im Bereich     Ernährung     Körperpflege     Bewegung (Mobilität)  
 hauswirtschaftliche Versorgung  
 sonstiges \_\_\_\_\_

Ich erhalte bereits Pflegeleistungen von  der Unfallversicherung  dem Sozialamt

\_\_\_\_\_

Der behandelnde Arzt ist:

\_\_\_\_\_  
Name des Hausarztes / Facharztes

\_\_\_\_\_  
Anschrift des Hausarztes / Facharztes

Ich bin damit einverstanden, dass der Pflegekasse bzw. dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung vorhandene ärztliche Berichte, Gutachten und Befunddokumentationen zur Einsichtnahme zur Verfügung gestellt werden.

Datum

Unterschrift des Versicherten