



Aktenzeichen:

Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung	
Die Beantwortung der Fragen dient der Feststellung, ob Ansprüche bestehen. Um einen etwaigen Leistungsanspruch prüfen zu können, ist Ihre Mitwirkung erforderlich. Eine fehlende Mitwirkung kann zur Ablehnung des Leistungsantrages führen, sofern der Antrag nicht innerhalb von zwei Wochen zurückgesandt wird.	
A. Angaben zur Person	
Name, Vorname (ggf. auch Geburtsname)	Geburtsdatum
Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort	Telefon Vorwahl/Rufnummer
B. Art der beantragten Leistung (Bitte Entsprechendes ankreuzen.)	
<input type="checkbox"/> Pflegegeldleistung (Die Pflege wird durch eine private Pflegeperson sichergestellt.)	
Name, Geburtsdatum und Anschrift der privaten Pflegeperson(en)	

<input type="checkbox"/> Kombinationsleistung (Die Pflege wird durch einen Pflegedienst und eine private Pflegeperson sichergestellt.)	
Name und Anschrift des Pflegedienstes	

Name, Geburtsdatum und Anschrift der privaten Pflegeperson(en)	

<input type="checkbox"/> Pflegesachleistung (Die Pflege wird nur durch einen Pflegedienst sichergestellt.)	
Name und Anschrift der Pflegedienstes	

<input type="checkbox"/> Leistungen bei vollstationärer Pflege in einem zugelassenen Pflegeheim	
Name und Anschrift des Pflegeheimes	

Einzug in das Pflegeheim am _____	
Tag, Monat, Jahr	
<input type="checkbox"/> Leistungen bei vollstationärem Aufenthalt in einer Einrichtung der Hilfe für behinderte Menschen	
Name und Anschrift der Einrichtung	

Einzug in die Einrichtung am _____	
Tag, Monat, Jahr	



Aktenzeichen:

C. Allgemeine Angaben zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit		
Seit wann besteht Pflegebedürftigkeit? (Bei Antrag auf Änderung des Pflegegrades bitte maßgeblichen Zeitpunkt der Änderung angeben.)		
seit _____ Tag, Monat, Jahr		
Erhalten Sie bereits Pflegeleistungen von anderen Stellen?		
<input type="checkbox"/> nein		
<input type="checkbox"/> ja _____ Name und Anschrift der zahlenden Stelle.		
Bitte Bescheid in Kopie beifügen.		
Haben Sie nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Krankheit und Pflege Anspruch auf Beihilfe oder Heilfürsorge?		
<input type="checkbox"/> nein		
<input type="checkbox"/> ja _____ Anschrift der Beihilfe-/Fürsorgestelle oder des Dienstherrn		
Die zur Pflegebedürftigkeit führenden Leiden wurden verursacht durch		
<input type="checkbox"/> einen Arbeitsunfall oder eine Berufskrankheit		
<input type="checkbox"/> eine anerkannte Kriegsdienstbeschädigung oder eine militärische Dienstleistung		
<input type="checkbox"/> einen Dritten (z. B. Verkehrsunfall)		
Bitte fügen Sie den entsprechenden Bescheid des Unfallversicherungsträgers oder der Versorgungsbehörde in Kopie bei.		
Behandelnder Arzt (Hausarzt)		
_____		_____
Name, Anschrift		Telefon
D. Sonstige Angaben		
Angaben zur Bankverbindung		
_____		_____
Name und Sitz der Bank		IBAN
_____		_____
Kontoinhaber (nur erforderlich, falls nicht identisch mit Antragsteller)		BIC
Wurde ein Betreuer bestellt?		
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (Bitte Kopie des Betreuerausweises beifügen.).		
E. Erklärung und Unterschrift		
Ich versichere, dass die gemachten Angaben den Tatsachen entsprechen. Änderungen in den Verhältnissen, die für die Leistungserbringung erheblich sind, werde ich umgehend mitteilen. Soweit es für die Entscheidung über meinen Antrag erforderlich ist, erkläre ich mich damit einverstanden, dass ärztliche und psychologische Untersuchungsunterlagen von den Stellen und Ärzten angefordert werden können, bei denen ich in Behandlung stehe oder gestanden habe. Ich bin damit einverstanden, dass der Gutachter die mich behandelnden Ärzte oder Ärztinnen, bei denen ich in Behandlung gestanden habe, und meinen betreuenden Pflegedienst in die Begutachtung einbezieht und die erforderlichen Unterlagen zugänglich gemacht werden.		
Im Einzelfall kann es erforderlich sein, die erhobenen Daten Dritten mitzuteilen. Dieses kann im Rahmen einer Pflegeberatung der Fall sein. Sollte eine Übermittlung von Daten erforderlich sein, wird strikt darauf geachtet, dass nur die tatsächlich für den konkreten Zweck erforderlichen Daten übermittelt werden. Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich im Falle einer Pflegeberatung mit einer ggf. erforderlichen Datenübermittlung einverstanden bin.		
Sollte nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen ein Anspruch auf Beihilfe bestehen, bin ich damit einverstanden, dass bei einer etwaigen Beitragsentrichtung zur Rentenversicherung für die Pflegeperson oder eine Weiterleitung der für die Beitragsentrichtung notwendigen Daten an die Festsetzungsstelle für die Beihilfe oder an den Dienstherrn erfolgt.		
_____	_____	_____
Datum	Telefon (bei Rückfragen)	Unterschrift des Antragstellers
oder		

Unterschrift des Bevollmächtigten, Betreuers oder gesetzl. Vertreters		

ggf. Name, Vorname des Bevollmächtigten, Betreuers oder gesetzlichen Vertreters		
Um Sie umfassend beraten und betreuen zu können, sind wir darauf angewiesen, Daten zu erheben, zu verarbeiten und zu nutzen. Dabei beachten wir die für uns geltenden Datenschutzbestimmungen.		