

Optional
Name der Pflegekasse

Optional
Name der Pflegekasse

Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung

- Erstantrag
- Änderung der Pflegestufe (Höherstufung)
- Änderung der Pflegeleistung ab _ _ . _ _ . _ _ _ _ _

Antragsdatum: _ _ . _ _ . _ _ _ _ _

_ _ _ _ _ Name und Vorname des Antragstellers	_ _ . _ _ . _ _ _ _ _ Geburtsdatum
_ _ _ _ _ _ _ PLZ Ort	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ Straße
_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ Versicherungsnummer	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ Telefonnummer**

Ich beantrage hiermit folgende Leistungen:

- Pflegesachleistung**
(z. B. durch eine Pflegekraft eines Pflegedienstes)
- Pflegegeld**
(für eine selbstbeschaffte Pflegeperson, z. B. Familienangehörige)
- Kombinationsleistung**
(Pflegesachleistung und Pflegegeld)
- Tages- oder Nachtpflege**
(teilstationäre Pflegeeinrichtungen)
- Vollstationäre Pflege,**
da eine Pflege im häuslichen Bereich nicht möglich ist
- Vollstationäre Pflege in Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen**

● **Die Pflege wird durchgeführt von Angehörigen / Bekannten** nein ja bitte angeben

1. Pflegeperson, Name und Anschrift

_ _ _ _ _ Name, Vorname	_ _ . _ _ . _ _ _ _ _ Geburtsdatum
_ _ _ _ _ _ _ PLZ Ort	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ Straße
_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ Telefonnummer**	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ Telefonnummer**

2. Pflegeperson, Name und Anschrift

_ _ _ _ _ Name, Vorname	_ _ . _ _ . _ _ _ _ _ Geburtsdatum
_ _ _ _ _ _ _ PLZ Ort	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ Straße
_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ Telefonnummer**	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ Telefonnummer**

Name, Vorname

** Diese Angaben sind freiwillig; sie dienen der Beschleunigung des Antragsverfahrens.

Grid for Name, Vorname

Name, Vorname

Grid for Versicherungsnummer

Versicherungsnummer

Die Pflege wird durchgeführt von einem Pflegedienst / Pflegeheim / Behinderteneinrichtung

nein ja bitte angeben

Name und Anschrift des Pflegedienstes, des Pflegeheimes bzw. der Behinderteneinrichtung

Form for name and address of care facility

Ursachen der Pflegebedürftigkeit:

Arbeitsunfall / Berufskrankheit, Versorgungsleiden / Kriegsschaden / Wehrdienstschaden, sonstiger Schaden (z. B. Unfall, Behandlungsfehler, Geburtsschaden) with checkboxes for nein/ja

Ich erhalte bereits / habe beantragt Pflegeleistungen

Sozialamt, ausländischer Leistungsträger with checkboxes for nein/ja*/beantragt, bitte angeben

sonstiger Stellen z. B. Unfallversicherungsträger / Versorgungsamt with checkboxes for nein/ja*/beantragt, bitte angeben

* Bitte eine Bescheinigung über die Höhe der Leistungen oder eine Kopie des Bescheides beifügen.

Name, Anschrift und Aktenzeichen des Sozialamtes, des ausländischen Trägers, des Unfallversicherungsträgers bzw. des Versorgungsamtes

Form for name and address of social authority

Ich habe Anspruch auf Beihilfe nach beamtenrechtlichen Vorschriften / Heilfürsorge, da

ich im öffentlichen Dienst beschäftigt bin / war with checkboxes for nein/ja

ich eine Hinterbliebenenversorgung aus einem öffentlich-rechtlichen Dienstverhältnis meines Ehegatten / eines Elternteils erhalte with checkboxes for nein/ja

mein Ehegatte / ein Elternteil im öffentlichen Dienst beschäftigt ist / war with checkboxes for nein/ja

Name, Anschrift und Aktenzeichen der Beihilfestelle

Form for name and address of benefit office

