

### Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung

- Erstantrag
- Einstufung in einen höheren Pflegegrad
- Änderung der Pflegeleistung ab:

				2	0		
--	--	--	--	---	---	--	--

Eingangsstempel

Antragsdatum:

				2	0		
--	--	--	--	---	---	--	--

Name, Vorname des <b>Pflegebedürftigen</b>		Geburtsdatum											
PLZ:	Ort:												
Straße:	Telefonnummer:												
Versichertennummer:	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>												

<b>Ich habe einen Betreuer</b>	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja*
<b>Ich habe einen Bevollmächtigten</b>	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja*
<small>· Wichtig! Bitte übersenden Sie uns zeitnah eine Kopie vom Betreuerbeschluss/-ausweis bzw. der Vollmacht, sofern uns die Betreuung oder Bevollmächtigung noch nicht angezeigt wurde.</small>		
Name, Vorname:		
PLZ:	Ort:	
Straße:	Telefonnummer:	

### Ich beantrage hiermit folgende Leistungen:

<input type="checkbox"/> <b>Pflegegeld</b> (für eine private Pflegeperson, z. B. Familienangehörige)
<input type="checkbox"/> <b>Kombinationsleistung</b> (Pflegesachleistung und Pflegegeld)
<input type="checkbox"/> <b>Pflegesachleistung</b> (Leistungserbringung durch einen Pflegedienst/Sozialstation)
<input type="checkbox"/> <b>Tages- oder Nachtpflege</b> (teilstationäre Pflegeeinrichtungen)
<input type="checkbox"/> <b>Dauerhafte Pflege in einem Pflegeheim</b>
<input type="checkbox"/> <b>Dauerhafte Pflege in einer Einrichtung für behinderte Menschen</b> (Wohnheim, Außenwohngruppe)
<input type="checkbox"/> <b>Antrag auf Pflegezeit</b> (Bitte zusätzlich ankreuzen - <b>gilt nur</b> für Pflegepersonen die zur Pflege ihrer Angehörigen <u>eine Freistellung von der Arbeit/Berufstätigkeit</u> bis zu 6 Monaten beantragen wollen.)

.....  
Name, Vorname

.....  
Versichertennummer

**Die Pflege wird durchgeführt von Angehörigen/Bekanntem**  nein  ja, bitte angeben

.....  
Name, Vorname der **Pflegeperson** Geburtsdatum

PLZ: ..... Ort: .....

Straße: ..... Telefonnummer: .....

**Die Pflege wird zurzeit nicht im Haushalt des Pflegebedürftigen durchgeführt**  Ja, bitte angeben

.....

Name

.....

Vorname

.....

.....  
Haus-Nr.

Straße

.....  
PLZ

.....  
Ort

PLZ

Ort

.....  
Telefonnummer

Telefonnummer

**Die Pflege wird durchgeführt von einem Pflegedienst / Tages- oder Nachtpflegeeinrichtung / Pflegeheim / Behinderteneinrichtung**

nein  ja, bitte angeben

**Name und Anschrift des Pflegedienstes**

.....  
Name des **Pflegedienstes**

.....  
Anschrift Datum seit wann (geplant ab)

**Name und Anschrift des Pflegeheimes, der Tages- oder Nachtpflegeeinrichtung oder der Behinderteneinrichtung**

.....  
Name des **Pflegeheimes der Tages- oder Nachtpflegeeinrichtung bzw. der Behinderteneinrichtung**

.....  
Anschrift Datum seit wann (geplant ab)

**Angaben zum Hausarzt bzw. behandelnden Arzt:**

.....  
Name, Vorname **des behandelnden Arztes**

Anschrift: .....

