

Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung

Vollstationäre Pflege

Angaben zum Pflegebedürftigen

Name _____ **Vorname** _____

Geburtsdatum _____ **KV-Nummer** _____

Straße _____ **PLZ** _____ **Ort** _____

Angaben zum Hausarzt

Name _____ **Telefon** _____

Straße _____ **PLZ** _____ **Ort** _____

Kann Ihre Pflege weder im häuslichen Bereich noch in einer teilstationären Einrichtung sichergestellt werden, werden die pflegebedingten Aufwendungen entsprechend der jeweiligen Höchstwerte in den einzelnen Pflegekassen übernommen.

Vollstationäre Pflegeeinrichtung _____

Beginn des stationären Aufenthaltes _____

Erhalten / erhielten Sie Pflegeleistungen von einer anderen Kranken- oder Pflegekasse?

nein **ja** **von** _____ **bis** _____ **von der** _____

Haben Sie bei einem anderen Sozialleistungsträger (Sozialamt, Amt für Familie und Soziales / Hauptfürsorgestelle, Berufsgenossenschaft usw.) Pflegeleistungen beantragt?

nein **ja** **bei** _____ **im Jahr** _____

Werden Ihnen diese Leistungen bereits gezahlt? (Wenn ja: Bitte Nachweis beifügen)

nein **ja** **seit** _____ **beziehe ich** _____

Ist Ihre Pflegebedürftigkeit auf eine Ursache zurückzuführen?

nein **Berufskrankheit** **Arbeitsunfall** **anerkannte Kriegsbeschädigung**
 Verkehrsunfall **sonstige Schädigung durch Dritte**

Sofern sich an den vorgenannten Angaben etwas ändert, z.B. Wechsel in eine andere Wohnung,

Wechsel der Pflegeperson usw. benachrichtige ich umgehend:

Eintrag _____

Ich bin damit einverstanden, dass sich der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK)

bei meinen behandelnden Ärzten Auskünfte einholt, die für die Beurteilung meiner Pflegebedürftigkeit nötig sind.

Für die Richtigkeit und Vollständigkeit der Angaben:

Datum _____ **Unterschrift Antragsteller / Bevollmächtigter** _____

Antrag Vollstationäre Pflege