

**DOWNLOAD-DOKUMENT VON PFLEGEPLATZ-SUCHE.DE**

Vielen Dank für die Nutzung der Vorlagen von PflegePlatz-Suche.de. Wir sind stets bemüht unseren Service weiter auszubauen. Sollten Sie Fehler etc. entdecken, bitten wir um einen kurzen Hinweis an [info@pflegeplatzsuche.de](mailto:info@pflegeplatzsuche.de). Für alle Vorlagen/Vollmachten übernehmen wir keine Sicherheit der Vollständigkeit und Rechtssicherheit. Das eigentliche Dokument befindet sich auf der nächsten Seite.

Für Fragen nutzen Sie bitte unsere Hotline unter 0800 00 00 717

Ihr PflegePlatz-Suche.de - Team

# Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung

**Name, Vorname:** .....

**Geburtsdatum:** .....

**Anschrift :** .....

.....

**Telefon:** .....

**KV-Nummer:.** .....

**Name, Vorname des Mitglieds:** .....

(nur erforderlich falls Antragsteller ein familienversicherter Angehöriger ist)

**Geburtsdatum:** .....

**Telefon:** .....

## Bankverbindung des Antragstellers

**Name der Bank:** .....

**Kontonummer:** .....

**Bankleitzahl:** .....

**Versicherungszeiten in den letzten 10 Jahren**

- als Arbeitnehmer/pflicht- oder freiwillig versichert
- als Familienangehöriger
- als Rentner
- als Leistungsbezieher nach dem Arbeitsförderungsgesetz

Zeitraum:

von: .....bis .....

von: .....bis .....

von: .....bis .....

Name/Anschrift der Krankenkasse/n:

.....

.....

.....

**Beantragte Leistung:**

- Sachleistung (*die Pflege wird durch Pflegefachkräfte eines Vertragspflegedienstes erbracht*)
- Geldleistung (*die Pflege wird durch eine Privatperson / Privatpersonen erbracht*)
- Kombinationsleistung (*die Pflege wird durch eine Privatperson und Pflegefachkräfte erbracht*)

Wenn Sie die Kombinationsleistung wählen, erhalten Sie die Geldleistung und die Sachleistung jeweils teilweise.

- teilstationäre Pflege in Einrichtungen der Tages- oder Nachtpflege

**Die Pflege wird durchgeführt von:**

.....

Name des Vertragspflegedienstes/der Sozialstation

.....

.....

Anschrift des Vertragspflegedienstes/der Sozialstation

.....

Name der privaten Pflegeperson

.....

.....

Anschrift der privaten Pflegeperson

.....

Rentenversicherungsnummer

.....

Telefon/Handy

**Hilfebedarf besteht im Bereich der:**

- Ernährung
- Körperpflege
- Bewegung
- Hauswirtschaft/Reinigung

**Ich erhalte bereits Pflegegeld von:**

- meiner vorherigen Pflegekasse (bitte letzten Bewilligungsbescheid in Kopie beifügen)

.....

Name der Kasse und Anschrift

- der Unfallversicherung
- dem Sozialamt
- Pflegezulage (gem. § 35 Bundesversorgungsgesetz) (bitte Kopie des Bescheides beifügen)
- sonstiges .....

Ich habe Anspruch auf beamtenrechtliche Beihilfe/Heilfürsorge:  ja  nein

Ich beziehe Leistungen der beamtenrechtlichen Beihilfe/Heilfürsorge:  ja  nein

seit: .....

**Der behandelnde Arzt ist:**

.....

Name des Hausarztes/Facharztes, Telefon

.....

.....

Anschrift des Arztes

.....

.....

Ich bin damit einverstanden, dass mein behandelnder Arzt vorhandene ärztliche Berichte, Gutachten und Befunddokumentationen dem medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) zur Verfügung stellt, soweit sie für die Begutachtung der Pflegebedürftigkeit erforderlich sind.

**Datenschutzhinweis:** Diese Daten werden nach § 60 SGB I in Verbindung mit § 94 SGB XI erhoben.

Mit freundlichen Grüßen

.....  
Datum Unterschrift des Versicherten bzw. des Bevollmächtigten\*)

\*Kopie des Betreuungsnachweises lege ich bei.