

## Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung

An (Pflegekasse)

Versicherter: Name, Vorname

Geburtsdatum

Straße / Hausnummer

Versicherungsnummer

Postleitzahl / Wohnort

Telefon

Erstantrag

Höherstufungsantrag

Antrag auf Leistungen bei  häuslicher Pflege  stationärer Pflege

als  Sachleistungen  Kombinationsleistungen  Geldleistungen

Beihilfeberechtigt

Kreditinstitut

Bankleitzahl

Kontonummer

Kontoinhaber(in)

Die Pflege wird durchgeführt von:

\_\_\_\_\_  
Name und Anschrift der Pflegeeinrichtung (bei Sach-/ oder Kombinationsleistungen)

\_\_\_\_\_  
Name und Anschrift der Pflegeperson ( bei Geld-/ oder Kombinationsleistungen)

Hilfebedarf besteht im Bereich

Ernährung  Körperpflege  Bewegung (Mobilität)

hauswirtschaftliche Versorgung

sonstiges \_\_\_\_\_

Ich erhalte bereits Pflegeleistungen von  der Unfallversicherung  dem Sozialamt  
 \_\_\_\_\_

Der behandelnde Arzt ist:

\_\_\_\_\_  
Name des Hausarztes / Facharztes

\_\_\_\_\_  
Anschrift des Hausarztes / Facharztes

Ich bin damit einverstanden, dass der Pflegekasse bzw. dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung vorhandene ärztliche Berichte, Gutachten und Befunddokumentationen zur Einsichtnahme zur Verfügung gestellt werden.

Datum

Unterschrift des Versicherten