



Versichertennummer

erstellt am: 20.01.2017

Antrag auf ambulante Leistungen der Pflegeversicherung (gilt zugleich als Antrag auf Entlastungsleistungen)

Bitte füllen Sie die Kästchen in DRUCKBUCHSTABEN aus
und unterschreiben Sie den Antrag auf der letzten Seite - vielen Dank.

Erstantrag

Höherstufungsantrag

Leistungsänderung ab (z. B. Wechsel von Pflegegeld zu Kombinationsleistung)

Name, Vorname der Versicherten		Geburtsdatum	
Straße, Haus-Nr.			
PLZ, Ort			
Tagsüber telefonisch erreichbar unter (Angaben freiwillig)			

● Ich beantrage folgende Leistungen:

Pflegesachleistung
(Pflegedienst)

Pflegegeld
(z. B. Familienangehörige)

Tages- oder Nachtpflege
(teilstationäre Pflegeeinrichtung)

Kombination Pflegesachleistung/Pflegegeld

Bitte überweisen Sie das Pflegegeld auf folgende Bankverbindung:

IBAN

Name des Geldinstitutes

Name Kontoinhaber

Vorname Kontoinhaber

● Die Pflege wird durchgeführt von (Angehörige, Bekannte):

Name der Pflegeperson

Geburtsdatum

Vorname

Straße

Haus-Nr.

PLZ

Ort

Tagsüber telefonisch erreichbar unter (Angaben freiwillig)

Ich bin damit einverstanden, dass das Ergebnis der MDK-Begutachtung telefonisch mit der oben genannten Pflegeperson besprochen wird	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
--	-----------------------------	-------------------------------

Versichertennummer

● **Die Pflege wird zurzeit in einem anderen Haushalt durchgeführt:**

Name und Anschrift

Name

Vorname

Straße

Haus-Nr.

PLZ

Ort

Tagsüber telefonisch erreichbar unter (Angaben freiwillig)

● **Die Pflege wird von einem Pflegedienst durchgeführt:**

Name/Anschrift

● **Die Pflege wird in einer Tages- oder Nachtpflegeeinrichtung durchgeführt:**

Name/Anschrift

● **Ich erhalte bereits Pflegeleistungen bzw. habe Pflegeleistungen beantragt**

ausländischer Leistungsträger

ja*

beantragt

Unfallversicherungsträger

ja*

beantragt

Versorgungsamt

ja*

beantragt

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

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

Name/Anschrift

Aktenzeichen

● **Ich habe Anspruch auf Beihilfe nach beihilferechtlichen Vorschriften/Heilfürsorge, da**

ich im öffentlichen Dienst oder bei einem Arbeitgeber, der sich an die Beihilfevorschriften im öffentlichen Dienst anlehnt, beschäftigt bin/war - **oder** -
ich eine Hinterbliebenenversorgung aus einem öffentlich-rechtlichen Dienstverhältnis meines Ehegatten/eines Elternteils erhalte - **oder** -
mein Ehegatte/ein Elternteil im öffentlichen Dienst beschäftigt ist/war

nein

ja

Name, Anschrift und Aktenzeichen der Beihilfestelle

Name/Anschrift

Aktenzeichen

Versichertennummer

● **Angaben über eine amtlich bestellte Betreuung/einen Bevollmächtigten:**

Ich habe eine(n) gesetzliche(n) Betreuer(in) ja*

Ich habe eine(n) Bevollmächtigte(n) ja*

* **Wichtig!** Bitte übersenden Sie uns zeitnah eine Kopie vom Betreuerbeschluss/-ausweis bzw. der Vollmacht, **sofern uns die Betreuung oder Bevollmächtigung noch nicht angezeigt wurde.**


● **Ich bin damit einverstanden, dass der MDK:**

- meinen behandelnden Arzt in die Begutachtung einbezieht,
- ärztliche Auskünfte und Unterlagen über die für die Begutachtung der Pflegebedürftigkeit wichtigen Vorerkrankungen sowie Art, Umfang und Dauer der Hilfebedürftigkeit einholt,
- die mich pflegenden Angehörigen oder sonstige Personen oder Dienste, die an meiner Pflege beteiligt sind, befragt.

ja, nicht zutreffende Alternative(n) bitte ggf. streichen

nein

Insoweit entbinde ich die genannten Personen bzw. Stellen von ihrer Schweigepflicht. Die Einwilligung ist freiwillig und kann jederzeit schriftlich widerrufen werden. Fehlt Ihre Einwilligung, wird der MDK diese, soweit erforderlich, im Rahmen des Begutachtungsverfahrens einholen.

<p>Ich bin über das Antrags- und Begutachtungsverfahren sowie allgemein über den Inhalt der Leistungen aus der Pflegeversicherung (siehe Info-Blatt) informiert worden. Ich wurde darauf hingewiesen, dass ich bei Bedarf eine ausführliche Beratung (ggf. bei mir zu Hause) in Anspruch nehmen kann (sofern unzutreffend bitte streichen).</p> <p>Ich verpflichte mich, Änderungen der Verhältnisse, die Einfluss auf die Leistungen der sozialen Pflegeversicherung haben, unverzüglich mitzuteilen. Dies sind z. B. Umzug in ein Pflegeheim, Hinzunahme eines Pflegedienstes, Änderung der Bankverbindung, Änderung des Gesundheitszustandes (Besserung oder Verschlechterung) und Beantragung oder Bezug von Beihilfe- oder Versorgungsleistungen. Ich versichere, dass ich die Angaben in diesem Antrag wahrheitsgemäß nach bestem Wissen und Gewissen gemacht habe. Ich bin damit einverstanden, dass die Pflegekasse bei der AOK Bayern überzahltes Pflegegeld beim jeweils kontoführenden Geldinstitut per Lastschrift einzieht. Die hierfür anfallenden Bankgebühren trägt die Pflegekasse. Die Einzugsermächtigung gilt auch gegenüber den Erben. Die Einzugsermächtigung kann jederzeit schriftlich widerrufen werden. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. Das Geldinstitut ist nicht zur Einlösung verpflichtet, wenn das Konto den erforderlichen Betrag nicht aufweist. Ihre Mandatsreferenznummer (SEPA-Lastschriftmandat) wird Ihnen vor dem Lastschriftinzug in einer Vorankündigung mitgeteilt. Unsere Gläubiger-Identifikationsnummer lautet DE49AOK00000018487.</p>	
	
(online erstellt)	
Datum	Unterschrift Versicherter/Betreuer(in)/Bevollmächtigte(r)/gesetzliche(r) Vertreter(in)
<p>Datenschutzhinweis: Damit wir Ihren Antrag auf Pflegeleistungen bearbeiten können, ist Ihr Mitwirken nach §§ 7, 28 SGB XI, § 60 SGB I erforderlich. Rechtsgrundlage für die Datenerhebung ist § 94 SGB XI. Fehlt Ihre Mitwirkung oder wird dieser Antrag nicht innerhalb eines Monats nach Zugang gestellt, kann sich dieses negativ auf Ihren Leistungsanspruch und dessen Beginn auswirken (vgl. § 33 Abs. 1 SGB XI i. V. m. §§ 60 Abs. 1 und 66 Abs. 1 SGB I). Die Angabe der Telefonnummer ist freiwillig. Liegt ein Beihilfeanspruch vor und sind rentenversicherungspflichtige Pflegepersonen (§ 44 Abs. 5 SGB XI) vorhanden, werden diese zur Aufnahme der Beitragszahlung an die Beihilfestelle gemeldet.</p>	