

# Antrag auf stationäre Leistungen der Pflegeversicherung

**Bitte alle Seiten des Antrags ausfüllen und auf der letzten Seite unterschreiben!**

Nachname, Vorname der Versicherten	Geburtsdatum	Telefon-Nr.
Straße, Hausnummer		RV-Nummer
Postleitzahl / Wohnort		KV-Nummer

<input type="checkbox"/> <b>Erstantrag</b>	<input type="checkbox"/> <b>Höherstufungsantrag</b>
--	---

<b>Beantragt wird:</b>		
<b>stationäre Pflege</b>		
<input type="checkbox"/> in einem Pflegeheim	<input type="checkbox"/> in einer Behinderteneinrichtung	_____ (geplanter) Aufnahmetag
Name des Pflegeheims / der Behinderteneinrichtung		Telefonnummer
Sofern ein Angehöriger oder eine sonstige Bezugsperson bei der Begutachtung im Pflegeheim anwesend sein möchte, sollte sich diese(r) wegen dem geplanten Termin unmittelbar mit der Heimverwaltung in Verbindung setzen.		

<b>Ich erhalte bereits Pflegeleistungen von / ich habe Ansprüche angemeldet bei</b>		
<input type="checkbox"/> dem Versorgungsamt	<input type="checkbox"/> der Unfallversicherung	<input type="checkbox"/> Sonstigen Stellen
Ggf. Name des Trägers von dem die Leistung bezogen wird und sofern bekannt Aktenzeichen angeben		

<b>Ich habe Anspruch auf Beihilfe nach beihilferechtlichen Vorschriften / Heilfürsorge, da</b>		
ich im öffentlichen Dienst oder bei einem Arbeitgeber, der sich an die Beihilfenvorschriften im öffentlichen Dienst anlehnt, beschäftigt bin/war	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
ich eine Hinterbliebenenversorgung aus einem öffentlich-rechtlichen Dienstverhältnis meines Ehegatten/eines Elternteils erhalte	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
mein Ehegatte/ein Elternteil im öffentlichen Dienst beschäftigt ist/war	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Name und Anschrift der Beihilfestelle oder des Arbeitgebers		

<b>Angaben über eine gesetzliche Betreuung für Rechtsgeschäfte zur pflegerischen Versorgung:</b>		
Ich habe einen gesetzlichen Betreuer	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja*
Die Betreuung wurde beantragt	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Nachname, Vorname der Betreuerin / des Betreuers		Telefonnummer
* Sofern uns die Betreuung noch nicht angezeigt wurde, bitte eine Kopie vom Betreuerbeschluss/-ausweis beifügen.		

# Antrag auf stationäre Leistungen der Pflegeversicherung

Nachname, Vorname der Versicherten	Versicherungsnummer
------------------------------------	---------------------

## Einwilligungserklärung für den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (§ 18 Abs. 4 SGB XI)\*

Ich bin damit einverstanden, dass der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (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.

Insoweit entbinde ich die genannten Personen bzw. Stellen von ihrer Schweigepflicht.

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

Nein

\* Die Einwilligung ist freiwillig und kann jederzeit schriftlich widerrufen werden. Fehlt Ihre Einwilligung, wird der MDK diese, soweit erforderlich, im Rahmen des Begutachtungsverfahrens einholen.

## Behandelnder Arzt:

Name und Anschrift des Hausarztes / Facharztes

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 meinen Erben. Die Einzugsermächtigung kann jederzeit schriftlich widerrufen werden. Das Geldinstitut ist nicht zur Einlösung verpflichtet, wenn das Konto den erforderlichen Betrag nicht aufweist.

**Datum      Unterschrift Versicherte / Betreuer(in) / Bevollmächtigte(r) / gesetzliche(r) Vertreter(in)**

**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.

**Wichtige Info zur Arbeitslosenversicherung:** Ab dem 01. Februar 2006 können sich Pflegepersonen, die einen Angehörigen mit Anspruch auf Leistungen der Pflegeversicherung in der Pflegestufe I, II oder III wenigstens 14 Stunden in der Woche pflegen, auf **Antrag** in der Arbeitslosenversicherung freiwillig weiterversichern. Voraussetzung ist u. a., dass vor Beginn der Pflegetätigkeit ein Versicherungsverhältnis in der Arbeitslosenversicherung bestand oder Leistungen der Arbeitslosenversicherung bezogen wurden. **Der Antrag muss spätestens innerhalb von einem Monat nach Aufnahme der Pflegetätigkeit gestellt werden.** Falls Sie dazu noch weitere Informationen wünschen, wenden Sie sich bitte an die für Ihren Wohnort zuständige Agentur für Arbeit.