

Bitte senden an:

Pflegekasse

Telefonische Erreichbarkeit:
040 325325555

Antrag auf ambulante/teilstationäre Leistungen der Pflegeversicherung vom

Persönliche Angaben zur/zum Pflegebedürftigen

Name, Vorname	Geburtsdatum	Krankenversicherten-Nr.
Anschrift		Telefonnummer

Bankverbindung

IBAN	BIC (nur für Auslandsüberweisungen)
Geldinstitut	Kontoinhaber (falls abweichend)

Tag der Krankenhausentlassung: _____

☐ Ich beantrage hiermit folgende **Pflegeleistungen**:

- ☐ Pflegegeld
- ☐ Sachleistung (ambulanter Pflegedienst)
- ☐ Kombinationsleistung aus:
 - ☐ Sachleistung (ambulanter Pflegedienst)
 - ☐ Angebote zur Unterstützung im Alltag (ambulante Pflegedienste oder andere zugelassene Anbieter)
 - ☐ Pflegegeld
- ☐ Tages- und Nachtpflege (teilstationäre Pflegeeinrichtung)
- ☐ Vollstationäre Pflege

Wer führt die Pflege durch?

☐ **Pflegegeld**

Die private Pflegeperson ist:

Name	Vorname
Straße	Hausnummer
Postleitzahl und Ort	Telefonnummer

- ☐ Meine Pflegeperson beabsichtigt Freistellung nach dem Pflegezeitgesetz in Anspruch zu nehmen.

☐ **Pflegesachleistung**

- ☐ Ich bitte um Unterstützung bei der Suche nach einem ambulanten Pflegedienst.
- ☐ Ich habe mich bereits für die Inanspruchnahme eines Vertragspartners der DAK-Gesundheit-Pflegekasse entschieden:

Die Pflegeeinsätze werden geleistet von:

Name des Pflegedienstes

Straße

Hausnummer

Postleitzahl und Ort

Telefonnummer

☐ **Anbieter von Angeboten zur Unterstützung im Alltag**

- ☐ Ich bitte um Unterstützung bei der Suche eines entsprechenden Anbieters.
- ☐ Ich habe mich bereits für einen zugelassenen Anbieter entschieden:

Name des Anbieters

Straße

Hausnummer

Postleitzahl und Ort

Telefonnummer

☐ **Tages- und Nachtpflege (teilstationäre Pflege)**

- ☐ Ich bitte um Unterstützung bei der Suche einer Tages- und Nachtpflegeeinrichtung.
- ☐ Ich habe mich bereits für die Inanspruchnahme der folgenden Vertragseinrichtung entschieden:

Name der Vertragseinrichtung

Straße

Hausnummer

Postleitzahl und Ort

Telefonnummer

☐ **Ambulant betreute Wohngruppe**

Name der Präsenzkraft

Name der Einrichtung

Straße

Hausnummer

Postleitzahl und Ort

Telefonnummer

Vollstationäre Pflege ist erforderlich weil (bitte ankreuzen)

- ☐ es keine Pflegeperson gibt
- ☐ mögliche Pflegepersonen nicht pflegebereit sind
- ☐ die Pflegeperson überfordert ist oder demnächst überfordert sein dürfte
- ☐ der Pflegebedürftige verwahrlost ist oder demnächst verwahrlosen könnte
- ☐ der Pflegebedürftige sich oder andere gefährden könnte
- ☐ andere oder weitere Gründe:

☐ Bitte unterstützen Sie mich beim Finden **eines Pflegeheimes**.

☐ Ich habe mich bereits für ein Pflegeheim entschieden:

Name der Einrichtung

Aufnahmetag in dieser Einrichtung

Anschrift der Pflegeeinrichtung

Für Rückfragen erreichbar (Name und Telefonnummer von Angehörigen, Angabe ist freiwillig)

Wurde für Sie ein gesetzlicher Betreuer bestellt oder haben Sie jemanden bevollmächtigt? ☐ ja ☐ nein

☐ ja (bitte Namen/Anschrift des Betreuers/Bevollmächtigten angeben;
Kopie des Betreuerausweises bzw. der Vollmacht beifügen):

Name

Vorname

Straße

Hausnummer

Postleitzahl und Ort

Telefonnummer

Ich erhalte bereits Pflegeleistungen von (bitte entsprechenden Bescheid beifügen)

- ☐ dem Sozialamt ☐ der Unfallversicherung ☐ dem Versorgungsamt
☐ einem ausländischen Leistungsträger

Ich habe Anspruch auf Beihilfe nach beamtenrechtlichen 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/mein Elternteil im öffentlichen Dienst beschäftigt ist/war

Name der beihilfeberechtigten Person

Vorname der beihilfeberechtigten Person

☐ nein

☐ ja (Bitte fügen Sie eine Kopie des Bescheides bei):

Name, Anschrift und Aktenzeichen der Beihilfestelle

Ist die Pflegebedürftigkeit Folge eines Unfalls, Wehrdienstschadens, anerkannten Versorgungsleidens, einer Berufskrankheit oder sonstiger Schädigung? (Bitte entsprechenden Bescheid beifügen)

☐ nein ☐ ja

Mein Hausarzt bzw. behandelnder Arzt ist:

Name

Vorname

Straße

Hausnummer

Postleitzahl und Ort

Telefonnummer

Begutachtung: Terminvereinbarung durch den Medizinischen Dienst

- ☐ aus **zwingenden Gründen** ist eine Begutachtung am, oder von/bis nicht möglich

Einverständniserklärung / Unterschrift

Wir weisen Sie daraufhin, dass andere Sozialleistungsträger zur Prüfung ihrer Leistungspflicht berechtigt sind, Gutachten des Medizinischen Dienstes und andere ärztliche Gutachten bei der DAK-Gesundheit anzufordern. Sie können einer Übermittlung dieser Unterlagen gemäß § 76 Abs. 2 Nr. 1 SGB X widersprechen. Informieren Sie uns bitte umgehend, wenn Sie von diesem Recht Gebrauch machen wollen.

Informieren Sie uns bitte auch, wenn sich hinsichtlich der von Ihnen gemachten Angaben Änderungen ergeben oder wenn sich Ihr derzeitiger Hilfebedarf ändert.

Ort, Datum

Unterschrift der/des Versicherten oder des Betreuers/Bevollmächtigten

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