



Ihr Serviceteam für  
Pflegeleistungen

Ihre Versichertennummer

---

AOK NordWest  
Die Gesundheitskasse.  
58079 Hagen

## Antrag auf wohnumfeldverbessernde Maßnahmen

---

Vor- und Nachname der/des Versicherten

---

Adresse (Straße, PLZ und Ort) der/des Versicherten

### Kurze Beschreibung der geplanten Maßnahme(n)

---

---

---

---

---

**Wichtig:** Bei Umbaumaßnahmen ist eventuell die Zustimmung des Vermieters bzw. der Vermieterin oder der Baubehörde erforderlich. Weitere Hinweise haben wir Ihnen auf dem Infoblatt in der Anlage zusammengefasst.

### Wohnen weitere pflegebedürftige Personen (mind. Pflegegrad 1) in Ihrem Haushalt?

Ja                      Nein

---

1. Person Vor- und Nachname

---

Geburtsdatum

---

Pflegekasse und Pflegegrad

---

2. Person Vor- und Nachname

---

Geburtsdatum

---

Pflegekasse und Pflegegrad

---

3. Person Vor- und Nachname

---

Geburtsdatum

---

Pflegekasse und Pflegegrad

**Voraussichtliche Kosten**

noch nicht bekannt

siehe Kostenvoranschlag

ca. \_\_\_\_\_ EUR

**Datenschutzhinweis:** Die Daten werden zur Erfüllung unserer Aufgaben nach § 94 Abs. 1 Nr. 3 und 4 SGB XI zum Zwecke der Leistungsentscheidung nach § 40 SGB XI erhoben und verarbeitet. Ihr Mitwirken ist nach § 60 SGB I erforderlich. Fehlende Mitwirkung kann zu Nachteilen führen. Empfänger Ihrer Daten können im Rahmen gesetzlicher Pflichten und Mitteilungsbefugnisse Dritte oder von uns beauftragte Dienstleister sein. Allgemeine Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten finden Sie unter [aok.de/nw/datenschutzrechte](http://aok.de/nw/datenschutzrechte). Verantwortlich ist die AOK NordWest – Die Gesundheitskasse., Kopenhagener Str. 1, 44269 Dortmund. Den Stabsbereich Datenschutz erreichen Sie unter gleicher Adresse.

✘

\_\_\_\_\_  
Datum

✘

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Antragssteller/-in\_\_\_\_\_  
Telefonnummer für Rückfragen