

58079 Hagen

Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung

- Erstantrag**
- Einstufung in einen höheren Pflegegrad**
- Änderung der Pflegeleistung ab _____**

Eingangsstempel

Name, Vorname Pflegebedürftige/-r	Geburtsdatum
Straße und Hausnummer	Telefonnummer <small>Angabe dient der vereinfachten Kontaktaufnahme und ist freiwillig</small>
PLZ und Ort	
Versichertennummer:	

Ich habe eine/-n Betreuer/-in:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Ich habe eine/-n Bevollmächtigte/-n:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Name, Vorname Betreuer/-in bzw. Bevollmächtigte/-r	
Straße und Hausnummer	
PLZ und Ort	
<small>Wichtig! Bitte senden Sie uns schnellstmöglich eine Kopie vom Betreuerbeschluss/-ausweis bzw. der Vollmacht zu, sofern noch nicht geschehen. Die weitere Kommunikation führen wir dann gern direkt mit Ihrer/-m Betreuer/-in oder Bevollmächtigte/-n.</small>	

Ich beantrage hiermit folgende Leistungen:

<input type="checkbox"/>	Pflegegeld für eine private Pflegeperson, z. B. Familienangehörige
<input type="checkbox"/>	Pflegesachleistung Leistungserbringung durch einen Pflegedienst/Sozialstation ggf. auch Kombinationsleistung mit Pflegegeld
<input type="checkbox"/>	Tages- oder Nachtpflege teilstationäre Pflegeeinrichtungen
<input type="checkbox"/>	Vollstationäre Pflege in einem Pflegeheim
<input type="checkbox"/>	Dauerhafte Pflege in einer Einrichtung für behinderte Menschen

Name

Versichertennummer

Wird die Pflege zurzeit in Ihrem Haushalt durchgeführt?

nein,
dann bitte nachfolgend den anderweitigen Haushalt angeben

Name, Vorname

Straße und Hausnummer

PLZ und Ort

Wird die Pflege von einem Pflegedienst, einer Tages- oder Nachtpflegeeinrichtung, einem Pflegeheim oder einer Behinderteneinrichtung durchgeführt?

nein ja, bitte angeben

Name und Anschrift des Pflegedienstes

Name **Pflegedienst**

Anschrift

Datum des Pflegebeginns
(seit wann bzw. geplant ab)

Name und Anschrift des Pflegeheimes, der Tages- oder Nachtpflegeeinrichtung oder der Behinderteneinrichtung

Name **Pflegeheim, Tages- oder Nachtpflegeeinrichtung bzw. Behinderteneinrichtung**

Anschrift

Datum des Pflegebeginns
(seit wann bzw. geplant ab)

Ich erhalte bereits Pflegeleistungen bzw. habe Pflegeleistungen beantragt:

nein ja, bitte angeben

Sozialamt ja/beantragt

Unfallversicherungsträger (Arbeitsunfall, Berufskrankheit) ja/beantragt

Versorgungsamt (Impfschaden, Wehrdienstschaden, usw.) ja/beantragt

ausländischer Leistungsträger/Sonstiger Leistungsträger ja/beantragt

Ich habe Anspruch auf Beihilfe* nach beamtenrechtlichen Vorschriften/Heilfürsorge. ja*

* Ansprüche auf Beihilfe bestehen zum Beispiel, weil

- eine Beschäftigung im öffentlichen Dienst ausgeübt wird/wurde,
- eine Hinterbliebenenversorgung aus einem öffentlich-rechtlichen Dienstverhältnis eines Ehegatten/eines Elternteils bezogen wird oder
- der Ehegatte/ein Elternteil im öffentlichen Dienst beschäftigt ist/war.

