

# Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung

An (Pflegekasse)

Versicherter: Name, Vorname		Geburtsdatum	
Straße / Hausnummer		Versicherungsnummer	
Postleitzahl / Wohnort		Telefon	

Erstantrag       Höherstufungsantrag

Antrag auf Leistungen bei  häuslicher Pflege  stationärer Pflege  
als  Sachleistungen  Kombinationsleistungen  Geldleistungen

Beihilfeberechtigt

Kreditinstitut	Bankleitzahl	Kontonummer	Kontoinhaber(in)
----------------	--------------	-------------	------------------

Die Pflege wird durchgeführt von:

- \_\_\_\_\_  
Name und Anschrift der Pflegeeinrichtung (bei Sach-/ oder Kombinationsleistungen)
- \_\_\_\_\_  
Name und Anschrift der Pflegeperson ( bei Geld-/ oder Kombinationsleistungen)

Hilfebedarf besteht im Bereich  Ernährung  Körperpflege  Bewegung (Mobilität)  
 hauswirtschaftliche Versorgung  
 sonstiges \_\_\_\_\_

Ich erhalte bereits Pflegeleistungen von  der Unfallversicherung  dem Sozialamt  
 \_\_\_\_\_

Der behandelnde Arzt ist:

\_\_\_\_\_  
Name des Hausarztes / Facharztes  
\_\_\_\_\_  
Anschrift des Hausarztes / Facharztes

Ich bin damit einverstanden, daß der Pflegekasse bzw. dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung vorhandene ärztliche Berichte, Gutachten und Befunddokumentationen zur Einsichtnahme zur Verfügung gestellt werden.

\_\_\_\_\_  
Datum

--

Unterschrift des Versicherten