

# Antrag auf ambulante Leistungen der Pflegeversicherung

Bitte alle Seiten des Antrags ausfüllen und auf der Seite 3 unterschreiben!

Beratung erfolgt

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

Erstantrag    Höherstufungsantrag    Änderung der Leistungsart ab [ ]

## Beantragt wird:

Sachleistung    Pflegegeld    Kombination Sachleistung/Pflegegeld

## Die Pflege übernehmen Angehörige/Bekannt:

[ ]		[ ]		
Name der Pflegeperson		Geb.-Datum der Pflegeperson		
Telefonnummer	Telefonisch erreichbar:	<input type="radio"/> Vormittag	<input type="radio"/> Nachmittag	<input type="radio"/> Ganztätig
Anschrift der Pflegeperson		Krankenkasse der Pflegeperson	<input type="radio"/> selbst versichert <input type="radio"/> familienversichert	

Der Termin für den Hausbesuch soll der oben genannten Pflegeperson mitgeteilt werden.\*

\*Über Ihren Antrag kann erst entschieden werden, nachdem das Gutachten vom Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) bei uns eingegangen ist. Bitte verschieben Sie den Termin für den Hausbesuch daher nur aus einem wichtigen Grund (Krankheit o. ä.).

## Die Pflege erfolgt durch einen Pflegedienst:

[ ]		[ ]
Name des Pflegedienstes		Telefonnummer

## Bankverbindung:

[ ]	[ ]
Bankleitzahl	Kreditinstitut
[ ]	[ ]
Kontonummer	Kontoinhaber(in)

## Ergänzende Angaben zum(r) Kontoinhaber(in) - für die Zustellung der Zahlungsmittelung

Nur erforderlich, wenn Pflegebedürftiger und Kontoinhaber(in) NICHT identisch sind.

[ ]	
Straße, Hausnummer	
[ ]	[ ]
Postleitzahl/Wohnort	Telefon-Nr.

# Antrag auf ambulante Leistungen der Pflegeversicherung

Nachname, Vorname der Versicherten	Versicherungsnummer

**Ich erhalte bereits Pflegeleistungen von/Ich habe Ansprüche angemeldet bei**

dem Versorgungsamt  
  der Unfallversicherung  
  sonstigen Stellen  
  Nicht zutreffend

Gegebenenfalls Name des Trägers von dem die Leistung bezogen wird und sofern bekannt Aktenzeichen angeben

**Ich habe Anspruch auf Beihilfe nach beihilferechtlichen Vorschriften/Heilfürsorge, da**

ich im öffentlichen Dienst oder bei einem Arbeitgeber, der sich an die Beihilfavorschriften im öffentlichen Dienst anlehnt, beschäftigt bin/war	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja
ich eine Hinterbliebenenversorgung aus einem öffentlich-rechtlichen Dienstverhältnis meines Ehegatten/eines Elternteils erhalte	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja
mein Ehegatte/ein Elternteil im öffentlichen Dienst beschäftigt ist/war	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja

Name und Anschrift der Beihilfestelle oder des Arbeitgebers

**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

**Angaben über eine gesetzliche Betreuung für Rechtsgeschäfte zur pflegerischen Versorgung:**

Ich habe einen gesetzlichen Betreuer	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja*
Die Betreuung wurde beantragt	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja
Ich habe eine(n) Bevollmächtigte(n)	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja*

Nachname, Vorname der Betreuerin/des Betreuers/der oder des Bevollmächtigten	Telefonnummer

Anschrift der Betreuerin/des Betreuers/der oder des Bevollmächtigten

\* Sofern uns die Betreuung noch nicht angezeigt wurde, bitte eine Kopie vom Betreuerbeschluss/-ausweis bzw. der Vollmacht beifügen.

# Antrag auf ambulante Leistungen der Pflegeversicherung

Nachname, Vorname der Versicherten

Versicherungsnummer

Ich bin über das Antrags- und Begutachtungsverfahren sowie allgemein über den Inhalt der Leistungen aus der Pflegeversicherung (siehe Info-Blatt) informiert worden. Ich wurde darauf hingewiesen, dass ich bei Bedarf eine ausführliche Beratung (ggf. bei mir zu Hause) in Anspruch nehmen kann (sofern unzutreffend bitte streichen).

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 den 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 Versicherter/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 Pflege Tätigkeit ein Versicherungsverhältnis in der Arbeitslosenversicherung bestand oder Leistungen der Arbeitslosenversicherung bezogen wurden.

**Der Antrag muss spätestens innerhalb von drei Monaten 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.