

Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung

Damit es für Sie schneller geht, lesen wir Ihren Antrag elektronisch ein. Deshalb unsere Bitte an Sie: Bitte füllen Sie die Kästchen in DRUCKBUCHSTABEN aus und unterschreiben Sie den Antrag – vielen Dank.

☒ **Erstantrag**

☐ **Änderung des Pflegegrades (z. B. Höherstufung)**

☐ **Änderungen der Pflegeleistung ab**

Antragsdatum

Eingangsstempel AOK Bremen/Bremerhaven

Meine persönlichen Daten

☒ Frau ☐ Herr Anrede (bitte Zutreffendes ankreuzen)

Name

Vorname

Straße

Hausnummer

PLZ

Ort

Geboren am (TTMMJJ)

Versichertennummer (bitte unbedingt ausfüllen)

Telefonnummer (Festnetz)*

Mobilfunknummer*

Bitte überweisen Sie das Pflegegeld auf folgende Bankverbindung*

IBAN

BIC (SWIFT)

Name des Geldinstituts

Name und Anschrift des Kontoinhabers oder der Kontoinhaberin, falls abweichend vom Antragsteller oder der Antragstellerin

☐ Frau ☐ Herr Anrede (bitte Zutreffendes ankreuzen)

Name

Vorname

Straße

Hausnummer

PLZ

Ort

Vom Wohnort abweichende Aufenthaltsadresse

Die Pflege wird zurzeit nicht in meinem Haushalt, sondern in einem anderen Haushalt durchgeführt:

☐ Nein ☐ Ja, bitte angeben

☐ Frau ☐ Herr Anrede (bitte Zutreffendes ankreuzen)

Name	Vorname		
Straße		Hausnummer	
PLZ	Ort		
Telefonnummer (Festnetz)*		Mobilfunknummer*	

Ich beantrage folgende Leistungen (bitte entsprechende Kästchen mit „X“ markieren):

☐ Sachleistungen ☐ Geldleistungen ☐ Tages- oder Nachtpflege in einer teilstationären Einrichtung

→ Bei Beantragung einer Kombinationsleistung sind sowohl Geld- als auch Sachleistungen anzukreuzen.

☐ Dauerhafte Pflegeleistungen in einer vollstationären Pflegeeinrichtung ab _____
(Inklusive Betreuung und Aktivierung) Eine Pflege im häuslichen oder teilstationären Bereich ist nicht (mehr) möglich.

☐ Dauerhafte Pflege in einer Einrichtung der Hilfe für behinderte Menschen ab _____

Die Pflege/Betreuung wird von einer vollstationären Pflegeeinrichtung, einem Pflegedienst oder einer Einrichtung für behinderte Menschen durchgeführt

☐ Nein ☐ Ja, bitte angeben

Name der Pflegeeinrichtung	
Straße	Hausnummer
PLZ	Ort
Institutionskennzeichen der Pflegeeinrichtung (wenn bekannt)	

Die Pflege/Betreuung wird von einer Tages- oder Nachtpflegeeinrichtung durchgeführt

☐ Nein ☐ Ja, bitte angeben

Name der Tages- oder Nachtpflegeeinrichtung	
Straße	Hausnummer
PLZ	Ort
Institutionskennzeichen der Pflegeeinrichtung (wenn bekannt)	

Die Pflege/Betreuung wird von einer Pflegeperson durchgeführt**1. Pflegeperson**☐ Frau ☐ Herr Anrede (bitte Zutreffendes ankreuzen)

Name

Vorname

Straße

Hausnummer

PLZ

Ort

Geboren am (TTMMJJ)

Tagsüber erreichbar*

Optional*

2. Pflegeperson☐ Frau ☐ Herr Anrede (bitte Zutreffendes ankreuzen)

Name

Vorname

Straße

Hausnummer

PLZ

Ort

Geboren am (TTMMJJ)

Tagsüber erreichbar*

Optional*

☐ **Meine Pflegeperson hat gegenüber ihrem Arbeitgeber angekündigt, die Pflegezeit/Familienpflegezeit in Anspruch zu nehmen.****Ich erhalte bereits Leistungen der Palliativversorgung** (bitte entsprechende Kästchen mit „X“ markieren)

Leistungen in einem Hospiz

☐ Nein ☐ Ja

Leistungen der Palliativversorgung

☐ Nein ☐ Ja**Ursachen der Pflegebedürftigkeit** (bitte entsprechende Kästchen mit „X“ markieren)

Arbeitsunfall/Berufskrankheit

☐ Nein ☐ Ja

Versorgungsleiden/Kriegsschaden/Wehrdienstschaden

☐ Nein ☐ Ja

Ich erhalte bereits Pflegeleistungen bzw. habe Pflegeleistungen beantragt

(bitte entsprechende Kästchen mit „X“ markieren)

Sozialamt ☐ Nein ☐ Ja ☐ beantragtAusländischer Leistungsträger ☐ Nein ☐ Ja ☐ beantragtUnfallversicherungsträger ☐ Nein ☐ Ja ☐ beantragtVersorgungsamt ☐ Nein ☐ Ja ☐ beantragt

Bitte eine Bescheinigung über die Höhe der Leistungen oder eine Kopie des Bescheides beifügen.

Name des Sozialamts, Unfallversicherungsträgers, Versorgungsamts oder des ausländischen Leistungsträgers

Straße

Hausnummer

PLZ

Ort

Land (nur bei ausländischem Leistungsträger anzugeben)

Aktenzeichen

Ich habe Anspruch auf Beihilfe nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder freie Heilfürsorge☐ Nein ☐ Ja, durch

Name des Sozialamts, Unfallversicherungsträgers, Versorgungsamts oder des ausländischen Leistungsträgers

Straße

Hausnummer

PLZ

Ort

Land (nur bei ausländischem Leistungsträger anzugeben)

Aktenzeichen

Der behandelnde Arzt oder die behandelnde Ärztin ist*

Name

Vorname

Straße

Hausnummer

PLZ

Ort

Telefonnummer

Angaben über eine gesetzliche Betreuung / einen BevollmächtigtenIch habe eine/n gesetzliche/n Betreuer/in ☐ Nein ☐ Ja, durchIch habe einen/n Bevollmächtigten ☐ Nein ☐ Ja, durch

Bitte Kopie des Betreuungsausweises / der Vollmacht beifügen

☐ Frau ☐ Herr Anrede (bitte Zutreffendes ankreuzen)Name Vorname Straße Hausnummer PLZ Ort Tagsüber erreichbar* Optional** **Angaben zum Besuchstermin durch den Gutachter des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK)**Frühestmöglicher Besuchstermin:

In diesem Zeitraum ist kein Besuch möglich (z. B. wegen Krankenhausaufenthalt):

Von bis

An diesen Tagen ist kein Besuch möglich (z. B. wegen Dialyse) – bitte zutreffende Tage ankreuzen bzw. konkrete Termine angeben:

☐ Mo ☐ Di ☐ Mi ☐ Do ☐ Fr

Folgende Besonderheiten sind vom MDK zu beachten:

Bitte informieren Sie folgende Person/en ebenfalls über den Besuchstermin, damit sie bei der Begutachtung anwesend sein können.

☐ Pflegeperson ☐ Betreuer/in ☐ Bevollmächtigte/r

Soll eine weitere Person am Besuchstermin teilnehmen, geben Sie diese bitte hier an:

☐ Frau ☐ Herr Anrede (bitte Zutreffendes ankreuzen)

Name	Vorname
Straße	Hausnummer
PLZ	Ort
Telefonnummer (Festnetz)*	Mobilfunknummer*

Ich bin damit einverstanden, dass

- a) der MDK meinen behandelnden Arzt in die Begutachtung einbezieht, indem er ärztliche Auskünfte und Unterlagen über Vorerkrankungen sowie Art, Umfang und Dauer der Hilfebedürftigkeit einholt, um die Pflegebedürftigkeit zu begutachten
- b) die Pflegekasse das Pflegegutachten bei Bedarf an meinen behandelnden Arzt schickt
- c) der MDK pflegende Angehörige oder sonstige Personen oder Dienste, die sich an meiner Pflege beteiligen, befragt.

Insoweit entbinde ich die genannten Personen bzw. Stellen von ihrer Schweigepflicht

☐ Ja ☐ Nein

Erklärung

Ich verpflichte mich, jede Änderung der Verhältnisse, die einen Einfluss auf die Leistungen der sozialen Pflegeversicherung haben, unverzüglich der Pflegekasse mitzuteilen. Diese sind z. B. Änderung der Pflegeperson(en), Umzug in ein Pflegeheim, Hinzunahme eines Pflegedienstes, Änderung der Bankverbindung, Änderung des Gesundheitszustandes (Besserung/Verschlechterung) und Beantragung oder Bezug von Beihilfe- oder Versorgungsleistungen.

Ich versichere, dass ich die Angaben in diesem Antrag wahrheitsgemäß nach besten Wissen und Gewissen gemacht habe.

Datum (TT.MM.JJJJ) _____ Unterschrift der bzw. des Versicherten oder der betreuenden oder bevollmächtigten Person (Bitte legen Sie – sofern noch nicht geschehen – eine Kopie der Betreuungsurkunde bzw. der Vollmacht bei)

Dieser Antrag wurde vom o. a. Betreuer/Bevollmächtigten ausgefüllt und unterschrieben

☐ Ja ☐ Nein

Datenschutzhinweis:

Ihre Daten werden zur Erfüllung unserer Aufgaben zu dem in diesem Schreiben genannten Zweck erhoben, gespeichert und verarbeitet. Ihr Mitwirken ist dabei erforderlich. Fehlende Mitwirkung kann zu Leistungskürzungen oder Leistungsveragung führen. Näheres regelt das Sozialgesetzbuch (SGB). Die AOK Bremen/Bremerhaven erhebt und verwendet Ihre personenbezogenen Daten ausschließlich im Rahmen dieser Bestimmungen. Alle weiteren Informationen zu den Rechtsgrundlagen der Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten, beispielsweise zu Ihrem Recht auf Auskunft, Löschung und Widerruf, finden Sie unter www.aok.de/hb/datenschutzrechte.

Pflegeberatung nach § 7 a SGB XI

(von der Pflegekasse auszufüllen)

durchgeführt am: _____

angeboten am: _____