

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/Bekannte:				
Name der Pflegeperson				
Geb.-Datum der Pflegeperson				
Telefonnummer	Telefonisch erreichbar:	Vormittag	Nachmittag	Ganztägig
Anschrift der Pflegeperson		Krankenkasse der Pflegeperson		selbst versichert 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:	
D E	
IBAN	Kreditinstitut
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		
<input type="checkbox"/> dem Versorgungsamt <input type="checkbox"/> der Unfallversicherung <input type="checkbox"/> sonstigen Stellen <input type="checkbox"/> 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	Nein	Ja
ich eine Hinterbliebenenversorgung aus einem öffentlich-rechtlichen Dienstverhältnis meines Ehegatten/eines Elternteils erhalte	Nein	Ja
mein Ehegatte/ein Elternteil im öffentlichen Dienst beschäftigt ist/war	Nein	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):		
<ul style="list-style-type: none"> • 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	Nein	Ja*
Die Betreuung wurde beantragt	Nein	Ja
Ich habe eine(n) Bevollmächtigte(n)	Nein	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. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. Das Geldinstitut ist nicht zur Einlösung verpflichtet, wenn das Konto den erforderlichen Betrag nicht aufweist. Ihre Mandatsreferenznummer (SEPA-Lastschriftmandat) wird Ihnen vor dem Lastenschrifteinzug in einer Vorankündigung mitgeteilt. Unsere Gläubiger-Identifikationsnummer lautet DE49AOK00000018487.

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 Pflege Tätigkeit gestellt werden.

Falls Sie dazu noch weitere Informationen wünschen, wenden Sie sich bitte an die für Ihren Wohnort zuständige Agentur für Arbeit.