

# Pflegekasse der AOK Rheinland-Pfalz/Saarland - Die Gesundheitskasse

## Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung

Bitte füllen Sie den Antrag in DRUCKBUCHSTABEN aus und unterschreiben Sie ihn auf der letzten Seite – vielen Dank.

- Erstantrag  Höherstufungsantrag  
 Leistungsänderung ab  (z.B. Wechsel von Pflegegeld zu Kombinationsleistung)

### Angaben des/der Pflegebedürftigen

Name:		
<input type="text"/>		
Vorname:		
<input type="text"/>		
PLZ:	Ort:	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Straße		
<input type="text"/>		
Nr.:		
<input type="text"/>		
Geburtsdatum:	KV-Nummer:	Telefon*:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

- Ich habe einen Betreuer**  **Nein**  **Ja** (bitte Kopie des Betreuer-Ausweises beifügen)  
**Ich habe einen Bevollmächtigten**  **Nein**  **Ja** (bitte Vollmacht beifügen)

Name:	
<input type="text"/>	
Vorname:	
<input type="text"/>	
PLZ:	Ort:
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Straße:	
<input type="text"/>	
Nr.:	
<input type="text"/>	
Telefon*:	
<input type="text"/>	

### Wenn die Voraussetzungen der Pflegegrade 2 bis 5 vorliegen, beantrage ich folgende Leistungen:

- Pflegesachleistung** (z.B. durch eine Pflegekraft eines Pflegedienstes)  **Pflegegeld** (für eine selbstbeschaffte Pflegeperson, z.B. Familienangehörige)  **Kombinationsleistung** (Pflegesachleistung und Pflegegeld)  
 **Tages- oder Nachtpflege** (teilstationäre Pflegeeinrichtungen)  **Vollstationäre Pflege** da eine Pflege im häuslichen Bereich nicht möglich ist  
 **Vollstationäre Pflege in Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen**

Die Pflege wird durchgeführt von Ehegatten/Angehörige/Bekanntem und/oder angestellter Pflegekraft <input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Name, Vorname, Anschrift der Pflegeperson	Geburtsdatum:	Telefon*:	Krankenkasse		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Name, Vorname, Anschrift der Pflegeperson	Geburtsdatum:	Telefon*:	Krankenkasse		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		

Die Pflege wird durchgeführt von einem Pflegedienst/Pflegeheim/Behinderteneinrichtung	
Name des Pflegedienstes, des Pflegeheimes bzw. der Behinderteneinrichtung	
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Anschrift:	Datum seit wann (geplant ab)
<input type="text"/>	<input type="text"/>

**Ursachen der Pflegebedürftigkeit (wenn nicht aufgrund von Alter/Krankheit)**

Arbeitsunfall/Berufskrankheit	<input type="checkbox"/> Ja
Versorgungsleiden/Kriegsschaden/Wehrdienstschaden	<input type="checkbox"/> Ja
Ich erhalte bereits Pflegeleistungen von ausländischen Leistungsträgern	<input type="checkbox"/> Ja **
Ich erhalte bereits Pflegeleistungen vom Sozialhilfeträger	<input type="checkbox"/> Ja **
Ich habe Pflegeleistungen bei anderen Leistungsträgern beantragt	<input type="checkbox"/> Ja **
Name, Anschrift, Aktenzeichen von der zuständigen Stelle:	

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

**Ein Anspruch besteht nach beamtenrechtlichen Vorschriften auf Beihilfe/freie Heilfürsorge, weil**

- ich im öffentlichen Dienst (Dienstverhältnis) beschäftigt bin/war.	<input type="checkbox"/> Ja
- ich eine Hinterbliebenenversorgung aus einem öffentlich-rechtlichen Dienstverhältnis meines Ehegatten/meines Elternteils erhalte.	<input type="checkbox"/> Ja
- mein Ehegatte/ein Elternteil im öffentlichen Dienst beschäftigt ist/war.	<input type="checkbox"/> Ja
Name, Anschrift der Beihilfestelle:	

**Beziehen Sie folgende Leistungen oder haben Sie eine dieser Leistungen beantragt:**
 Hospiz       SAPV       Pflegezeit (beim Arbeitgeber beantragt)
**Bitte überweisen Sie das beantragte Pflegegeld auf folgendes Konto:**

IBAN:										BIC:									
D	E																		
Name des Geldinstituts:																			
Name Kontoinhaber/in:										Vorname Kontoinhaber/in:									
Straße, Hausnummer Kontoinhaber/in:										PLZ und Ort Kontoinhaber/in:									

**Vom Wohnort abweichende Aufenthaltsadresse**

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

 Nein       Ja, bitte angeben

Name:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Vorname:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

PLZ:

--	--	--	--	--

Ort:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Straße:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Nr.:

--	--	--	--	--

**Ja, ich erteile den mich behandelnden Ärzten, Therapeuten und Kliniken, mich betreuenden Pflegekräften und Pflegeeinrichtungen die Berechtigung, dem MDK Auskünfte und Unterlagen über die für die Begutachtung der Pflegebedürftigkeit wichtigen Erkrankungen sowie Art, Umfang und Dauer der Hilfebedürftigkeit zu erteilen. Diese Erklärung gebe ich freiwillig. Ich kann sie jederzeit widerrufen.**

Datum:	Unterschrift des/der Pflegebedürftigen/Bevollmächtigten/Betreuers/in:
--------	---

**Datenschutzhinweis:**

Die Daten werden zur Erfüllung unserer Aufgaben nach § 94 Abs. 1 SGB XI zum Zwecke der Bearbeitung Ihres Antrags auf Pflegeleistungen nach §§ 36 – 45b SGB XI erhoben und verarbeitet. Ihr Mitwirken ist nach § 60 SGB I erforderlich. Fehlende Mitwirkung kann zu Nachteilen bei den Leistungsansprüchen führen. Mit der Prüfung, ob die Voraussetzungen der Pflegebedürftigkeit erfüllt sind und welcher Pflegegrad vorliegt, beauftragt die Pflegekasse den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) nach § 18 Abs. 1 SGB XI. Liegt ein Beihilfeanspruch vor und sind Rentenversicherungspflichtige Pflegepersonen vorhanden, werden diese aufgrund § 44 Abs. 5 Satz 1 SGB XI an die Beihilfestelle zur Aufnahme der Beitragszahlung gemeldet. Allgemeine Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten finden Sie unter [aok.de/tps/datenschutzrechte](http://aok.de/tps/datenschutzrechte).

Die mit \* gekennzeichneten Felder sind freiwillige Angaben. Sie erleichtern uns die Kontaktaufnahme mit Ihnen.