

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:	
Vorname:	
PLZ:	Ort:
Straße	
Nr.:	
Geburtsdatum:	KV-Nummer:
Telefon*:	
Ich habe einen Betreuer	☐ Nein ☐ Ja (bitte Kopie des Betreuer-Ausweises beifügen)
Ich habe einen Bevollmächtigten	☐ Nein ☐ Ja (bitte Vollmacht beifügen)
Name:	
Vorname:	
PLZ:	Ort:
Straße:	
Nr.:	
Telefon*:	

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/Bekannten und/oder angestellter Pflegekraft ☐ ☐ Nein ☐ Ja			
Name, Vorname, Anschrift der Pflegeperson	Geburtsdatum:	Telefon*:	Krankenkasse
Name, Vorname, Anschrift der Pflegeperson	Geburtsdatum:	Telefon*:	Krankenkasse

Die Pflege wird durchgeführt von einem Pflegedienst/Pflegeheim/Behinderteneinrichtung	
Name des Pflegedienstes, des Pflegeheimes bzw. der Behinderteneinrichtung	
Anschrift:	Datum seit wann (geplant ab)

Arbeitsunfall/Berufskrankheit	☐ Ja
Versorgungsleiden/Kriegsschaden/Wehrdienstschaden	☐ Ja
Ich erhalte bereits Pflegeleistungen von ausländischen Leistungsträgern	☐ Ja **
Ich erhalte bereits Pflegeleistungen vom Sozialhilfeträger	☐ Ja **
Ich habe Pflegeleistungen bei anderen Leistungsträgern beantragt	☐ Ja **
Name, Anschrift, Aktenzeichen von der zuständigen Stelle:	

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

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

Name: _____

Vorname: _____

PLZ: _____ Ort: _____

Straße: _____ Nr.: _____

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

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