

## Ihr Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung

- Erstantrag  
 Einstufung in einen höheren Pflegegrad

### Angaben zur Person

Name, Vorname des/der Pflegebedürftigen, Geburtstag, Krankenversichertennummer, Datum der Antragstellung

Anschrift

Telefonnummer

### Ich beantrage hiermit folgende Leistungen:

- Pflegegeld (für eine private Pflegeperson, z. B. Familienangehörige)  
 Kombinationsleistung (Pflegesacheistung und Pflegegeld)  
 Pflegesacheistung (z. B. durch eine Pflegekraft eines Pflegedienstes)  
 Dauerhafte Pflege in einem Pflegeheim  
 Dauerhafte Pflege in einer Einrichtung für behinderte Menschen (Wohnheim, Außenwohngruppe)

### Die Pflege wird durchgeführt von: Pflegedurchführende Person/ Institution

Name Pflegeperson, Pflegedienstes, des Pflegeheimes bzw. der Behinderteneinrichtung

Ich habe beantragt / erhalte bereits Pflegeleistungen vom Unfallversicherungsträger, Sozialamt, Versorgungsamt, ausländischen Leistungsträger oder sonstigem Leistungsträger

ja – bitte Kopie des Bewilligungsbescheides vorlegen  nein

Ich habe Beihilfeansprüche nach beamtenrechtlichen Vorschriften / Heilfürsorge

ja – bitte Kopie des Bewilligungsbescheides vorlegen  nein

Zeitraum, in dem eine Begutachtung durch den Medizinischen Dienst aus zwingenden Gründen **nicht** möglich ist:

bis

Von

bis

Von

An folgenden Tagen ist eine Begutachtung durch den Medizinischen Dienst aus zwingenden Gründen **NICHT** möglich:

Montag  Dienstag  Mittwoch  Donnerstag  Freitag  Samstag

Die Begutachtung soll im Rahmen eines strukturierten Telefoninterviews stattfinden? (nur bei Höherstufung zulässig)

ja  nein

Zahlung der Geldleistung (nur bei Beantragung von Pflegegeld oder Kombinationsleistung relevant)

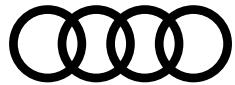
Überweisen Sie das Geld bitte auf folgendes Konto:

IBAN \_\_\_\_\_ BIC \_\_\_\_\_

Geldinstitut

Die Geldleistungen sollen auf die bereits vorliegende Bankverbindung überwiesen werden

nein – bitte neue Bankverbindung schriftlich mitteilen  ja



Einwilligungserklärung (§18 Abs. 4 Sozialgesetzbuch Elftes Buch) Ich bin damit einverstanden, dass der Medizinische Dienst (MD) meinen behandelnden Arzt in die Begutachtung einbezieht, ärztliche Auskünfte und Unterlagen über die für die Begutachtung der Pflegebedürftigkeit wichtige 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.

Ich versichere, dass ich die Angaben in diesem Antrag wahrheitsgemäß nach bestem Wissen und Gewissen gemacht habe.  
 ja, Einwilligung erteilt, Richtigkeit der Angaben werden bestätigt

Datenschutzhinweis (§ 67a Abs. 1 SGB X, Artikel 5 Abs. 1 DSGVO): Ihre Daten werden aufgrund der Vorschriften des Sozialgesetzbuches und der Datenschutzgrundverordnung zur Erfüllung gesetzlicher Aufgaben unserer Pflegekasse erhoben und vertraulich verwendet. Mit Ihrer Unterschrift willigen Sie der Verarbeitung ein. Weitere Informationen zum Thema Datenschutz finden Sie unter [www.audibkk.de/datenschutz](http://www.audibkk.de/datenschutz).

Die gemachten Angaben erfolgten durch:

---

die pflegebedürftige Person selbst:

---

eine entsprechend berechtigte Person:

---

---

Ort, Datum

X

---

Unterschrift Versicherter / Betreuer oder gesetzl. Vertreter

Datenschutzhinweis (§ 67a Abs. 1 SGB X, Artikel 5 Abs. 1 DSGVO): Ihre Daten werden aufgrund der Vorschriften des Sozialgesetzbuches und der Datenschutzgrundverordnung zur Erfüllung gesetzlicher Aufgaben unserer Pflegekasse erhoben und vertraulich verwendet. Mit Ihrer Unterschrift willigen Sie der Verarbeitung ein. Weitere Informationen zum Thema Datenschutz finden Sie unter [www.audibkk.de/datenschutz](http://www.audibkk.de/datenschutz).