

# Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung

An die Pflegekasse der

---

---

---

---

Versicherter: Name, Vorname

Geburtsdatum

Straße/Hausnummer

Vers.-Nr.

PLZ/Ort

Telefon

Erstantrag  Höherstufungsantrag

Leistungen bei  häuslicher Pflege  stationärer Pflege  
als  Sachleistungen  Kombinationsleistungen  Geldleistung

Beihilfeberechtigt

Kreditinstitut

BIC

IBAN

Kontoinhaber

Die Pflege wird durchgeführt von:

Name und Anschrift der Pflegeeinrichtung (bei Sach-/ oder Kombinationsleistungen)

Name und Anschrift der Pflegeperson (bei Geld-/ oder Kombinationsleistungen)

Hilfebedarf besteht im Bereich

- Ernährung  Körperpflege  
 Bewegung (Mobilität)  
 hauswirtschaftliche Versorgung  
 sonstiges \_\_\_\_\_

Ich erhalte bereits Pflegeleistungen von

- der Unfallversicherung  dem Sozialamt  
 \_\_\_\_\_

Der behandelnde Arzt ist:

\_\_\_\_\_  
Name des Hausarztes/Facharztes

\_\_\_\_\_  
Anschrift des Hausarztes/Facharztes

Ich bin damit einverstanden, dass der Pflegekasse bzw. dem MDK vorhandene ärztliche Berichte, Gutachten und Befunddokumentationen zur Einsichtnahme zur Verfügung gestellt werden

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift des Versicherten

---