

# Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung

An (Pflegekasse)

Versicherter: Name, Vorname		Geburtsdatum	
Straße / Hausnummer		Versicherungsnummer	
Postleitzahl / Wohnort		Telefon	

Erstantrag       Höherstufungsantrag

Antrag auf Leistungen bei  häuslicher Pflege     stationärer Pflege  
als  Sachleistungen     Kombinationsleistungen     Geldleistungen  
 Beihilfeberechtigt

Kreditinstitut	Bankleitzahl	Kontonummer	Kontoinhaber(in)
----------------	--------------	-------------	------------------

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 Medizinischen Dienst der Krankenversicherung vorhandene ärztliche Berichte, Gutachten und Befunddokumentationen zur Einsichtnahme zur Verfügung gestellt werden.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Versicherten