

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