

Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung bei häuslicher Pflege §§ 36 – 38 Sozialgesetzbuch XI (SGB XI)

1. Angaben zur Person des Mitglieds:

, geb. am

KV-Nr.:

Antragsdatum:

2. Angaben zur Person des Pflegebedürftigen: (falls von Nr. 1 abweichend)

(Vorname, Name, Geburtsdatum)	(Krankenversichertennummer)
(Straße, Haus-Nr., PLZ, Wohnort)	(Telefonnummer)
Die Pflege steht im Zusammenhang mit einem <input type="checkbox"/> Unfall mit Drittverschulden	<input type="checkbox"/> Arbeitsunfall <input type="checkbox"/> anerkanntes Versorgungsleiden (s. Pkt. 6)

3. Bankverbindung des Mitglieds:

(Konto bei)	(Bankleitzahl)	(Kto-Nr.)
-------------	----------------	-----------

4. Beantragt wird:

<input type="checkbox"/> kombinierte Leistung (durch private Pflege und Pflegedienst)	<input type="checkbox"/> Pflegegeld bei privater Pflege
<input type="checkbox"/> Sachleistung (durch Pflegedienste)	<input type="checkbox"/> (Zusätzlich) Betreuungsleistung

5. Die Pflege wird durchgeführt von: (bitte unbedingt vollständig ausfüllen)

a)	_____	_____	_____
	(Vorname, Name)	(Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort)	(Telefonnummer)
b)	_____	_____	_____
	(Vorname, Name)	(Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort)	(Telefonnummer)
c)	_____	_____	_____
	(Vorname, Name)	(Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort)	(Telefonnummer)

6. Ich erhalte bereits Pflegegeld (ggf. Anschrift und Aktenzeichen)

<input type="checkbox"/> von der Unfallversicherung	<input type="checkbox"/> vom Sozialamt	<input type="checkbox"/> von sonstiger Stelle
_____	_____	_____

7. Für mich besteht als Beamter oder anspruchsberechtigter Familienangehöriger eines Beamten ein Anspruch auf Beihilfeleistungen oder Heilfürsorge nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen

Nein Ja

8. Der behandelnde Arzt ist

(Name, Anschrift des Hausarztes/Facharztes und Telefon-Nr.)

Ich bin damit einverstanden, dass mein o.g. behandelnder Arzt vorhandene ärztliche Berichte, Gutachten und Befunddokumentationen dem Medizinischen Dienst zur Verfügung stellt, soweit sie für die Begutachtung der Pflegebedürftigkeit erforderlich sind. Falls Sie nicht damit einverstanden sind, streichen Sie bitte diesen Abschnitt durch. Sofern Sie die Einwilligung verweigern, kann dies zu Nachteilen bei der Leistungserbringung führen (§ 66 SGB I)

(Ort, Datum)

(Unterschrift)