

Antrag auf Leistungen der vollstationären Pflege

Angaben zur Person des Mitglieds:

, geb.

KV-Nr.:

(Name und Anschrift der Pflegeeinrichtung)

(Aufnahmetag in der Einrichtung)

Hiermit beantrage ich Leistungen der vollstationären Pflege (§ 43 SGB XI) nach dem Pflegeversicherungsgesetz.

Ich beziehe bereits Pflegeleistungen von anderen in- oder ausländischen Stellen

Nein Ja

Ich erhalte Pflegeleistungen von

- Berufsgenossenschaft (gesetzliche Unfallversicherung)
- Öffentliche Unfallversorgungs- /Unfallfürsorgekassen
- Versorgungsamt, wegen eines anerkannten Kriegsschadens
- Lastenausgleichsamt, wegen eines anerkannten Kriegsschadens
- sonstiger Leistungsstelle _____

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

Nein Ja

Ich entbinde meine behandelnden Ärzte, die betreuenden Pflegepersonen und die Pflegeeinrichtung von Ihrer Schweigepflicht gegenüber der Pflegekasse und dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung, soweit diese Stellen Unterlagen und Auskünfte für die Entscheidung über meinen Antrag auf Pflegeleistungen benötigen.

Ich bin damit einverstanden, dass der Antrag an den medizinischen Dienst der Krankenversicherung und an meine Pflegekasse weitergeleitet wird.

(Datum, Unterschrift des Antragstellers/der Antragstellerin bzw. des Betreuers/der Betreuerin (bitte unter Angabe der Adresse))