

Bitte senden an:

Pflegekasse

Telefonische Erreichbarkeit:  
040 325325555

## Antrag auf ambulante/teilstationäre Leistungen der Pflegeversicherung vom

### Persönliche Angaben zur/zum Pflegebedürftigen

Name, Vorname	Geburtsdatum	Krankenversicherten-Nr.
Anschrift	Telefonnummer	

### Bankverbindung

IBAN	BIC (nur für Auslandsüberweisungen)
Geldinstitut	Kontoinhaber (falls abweichend)

Tag der Krankenhausentlassung: \_\_\_\_\_

Ich beantrage hiermit folgende **Pflegeleistungen**:

- Pflegegeld
- Sachleistung (ambulanter Pflegedienst)
- Kombinationsleistung aus:
  - Sachleistung (ambulanter Pflegedienst)
  - Angebote zur Unterstützung im Alltag (ambulante Pflegedienste oder andere zugelassene Anbieter)
  - Pflegegeld
- Tages- und Nachtpflege (teilstationäre Pflegeeinrichtung)
- Vollstationäre Pflege

### Wer führt die Pflege durch?

**Pflegegeld**

Die private Pflegeperson ist:

Name	Vorname
Straße	Hausnummer
Postleitzahl und Ort	Telefonnummer

- Meine Pflegeperson beabsichtigt Freistellung nach dem Pflegezeitgesetz in Anspruch zu nehmen.

**Pflegesachleistung**

- Ich bitte um Unterstützung bei der Suche nach einem ambulanten Pflegedienst.
- Ich habe mich bereits für die Inanspruchnahme eines Vertragspartners der DAK-Gesundheit-Pflegekasse entschieden:

Die Pflegeeinsätze werden geleistet von:

Name des Pflegedienstes

Straße

Hausnummer

Postleitzahl und Ort

Telefonnummer

 **Anbieter von Angeboten zur Unterstützung im Alltag**

- Ich bitte um Unterstützung bei der Suche eines entsprechenden Anbieters.
- Ich habe mich bereits für einen zugelassenen Anbieter entschieden:

Name des Anbieters

Straße

Hausnummer

Postleitzahl und Ort

Telefonnummer

 **Tages- und Nachtpflege (teilstationäre Pflege)**

- Ich bitte um Unterstützung bei der Suche einer Tages- und Nachtpflegeeinrichtung.
- Ich habe mich bereits für die Inanspruchnahme der folgenden Vertragseinrichtung entschieden:

Name der Vertragseinrichtung

Straße

Hausnummer

Postleitzahl und Ort

Telefonnummer

 **Ambulant betreute Wohngruppe**

Name der Präsenzkraft

Name der Einrichtung

Straße

Hausnummer

Postleitzahl und Ort

Telefonnummer

**Vollstationäre Pflege ist erforderlich weil** (bitte ankreuzen)

- es keine Pflegeperson gibt
- mögliche Pflegepersonen nicht pflegebereit sind
- die Pflegeperson überfordert ist oder demnächst überfordert sein dürfte
- der Pflegebedürftige verwahrlost ist oder demnächst verwahrlosen könnte
- der Pflegebedürftige sich oder andere gefährden könnte
- andere oder weitere Gründe:

Bitte unterstützen Sie mich beim Finden **eines Pflegeheimes**.

Ich habe mich bereits für ein Pflegeheim entschieden:

Name der Einrichtung

Aufnahmetag in dieser Einrichtung

Anschrift der Pflegeeinrichtung

Für Rückfragen erreichbar (Name und Telefonnummer von Angehörigen, Angabe ist freiwillig)

**Wurde für Sie ein gesetzlicher Betreuer bestellt oder haben Sie jemanden bevollmächtigt?**  ja  nein

ja (bitte Namen/Anschrift des Betreuers/Bevollmächtigten angeben;  
Kopie des Betreuerausweises bzw. der Vollmacht beifügen):

Name

Vorname

Straße

Hausnummer

Postleitzahl und Ort

Telefonnummer

**Ich erhalte bereits Pflegeleistungen von** (bitte entsprechenden Bescheid beifügen)

- dem Sozialamt  der Unfallversicherung  dem Versorgungsamt  
 einem ausländischen Leistungsträger

**Ich habe Anspruch auf Beihilfe nach beamtenrechtlichen Vorschriften/Heilfürsorge, da**

- ich im öffentlichen Dienst oder bei einem Arbeitgeber, der sich an die Beihilfevorschriften im öffentlichen Dienst anlehnt, beschäftigt bin/war  
oder
- ich eine Hinterbliebenenversorgung aus einem öffentlich-rechtlichen Dienstverhältnis meines Ehegatten/eines Elternteils erhalte  
oder
- mein Ehegatte/mein Elternteil im öffentlichen Dienst beschäftigt ist/war

Name der beihilfeberechtigten Person

Vorname der beihilfeberechtigten Person

- nein  
 ja (Bitte fügen Sie eine Kopie des Bescheides bei):

Name, Anschrift und Aktenzeichen der Beihilfestelle

**Ist die Pflegebedürftigkeit Folge eines Unfalls, Wehrdienstschadens, anerkannten Versorgungsleidens, einer Berufskrankheit oder sonstiger Schädigung?** (Bitte entsprechenden Bescheid beifügen)

- nein  ja

Name, Vorname

KV-Nummer

Blatt  
4 / 4

**Mein Hausarzt bzw. behandelnder Arzt ist:**

Name

Vorname

Straße

Hausnummer

Postleitzahl und Ort

Telefonnummer

**Begutachtung: Terminvereinbarung durch den Medizinischen Dienst**

- aus **zwingenden Gründen** ist eine Begutachtung am, oder von/bis nicht möglich

**Einverständniserklärung / Unterschrift**

*Wir weisen Sie daraufhin, dass andere Sozialleistungsträger zur Prüfung ihrer Leistungspflicht berechtigt sind, Gutachten des Medizinischen Dienstes und andere ärztliche Gutachten bei der DAK-Gesundheit anzufordern. Sie können einer Übermittlung dieser Unterlagen gemäß § 76 Abs. 2 Nr. 1 SGB X widersprechen. Informieren Sie uns bitte umgehend, wenn Sie von diesem Recht Gebrauch machen wollen.*

**Informieren Sie uns bitte auch, wenn sich hinsichtlich der von Ihnen gemachten Angaben Änderungen ergeben oder wenn sich Ihr derzeitiger Hilfebedarf ändert.**

Ort, Datum

Unterschrift der/des Versicherten oder des Betreuers/Bevollmächtigten

Datenschutzhinweis: Diese Daten werden nach § 60 SGB I in Verbindung mit § 94 SGB XI erhoben.