

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