

**Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung vom**

	,	
Name	Straße, PLZ Ort	Versicherungsnummer
Telefonnummer		

**Erstantrag**                       **Höherstufungsantrag**

**Ich wünsche eine individuelle Pflegeberatung.**

<b>Ich beantrage</b>		
<input type="checkbox"/> Sachleistung	<input type="checkbox"/> Geldleistung	<input type="checkbox"/> Kombinationsleistung *
<input type="checkbox"/> Tages- / Nachtpflege (teilstationär)	<input type="checkbox"/> Leistungen bei vollstationärer Pflege	
	<input type="checkbox"/> Leistungen der Behindertenpflege 43a SGB XI	

\* Wenn Sie die Kombinationsleistung wählen, erhalten Sie die Geldleistung und die Sachleistung jeweils anteilig.

<b>Ich erhalte bereits Pflegeleistungen (bitte Kopie des Bescheides beifügen)</b>		
<input type="checkbox"/> vom Sozialamt	<input type="checkbox"/> der Unfallversicherung	<input type="checkbox"/> Versorgungsamt

<b>Ich bin oder war Mitarbeiter im öffentlichen Dienst und habe Anspruch auf Beihilfe:</b>	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Falls ja, bitte teilen Sie uns die <b>Anschrift Ihrer Beihilfestelle</b> mit.		

Anschrift Beihilfestelle

<b>Geldleistungen sollen auf folgendes Konto überwiesen werden</b>		
Kontonummer	Bankleitzahl	Geldinstitut
IBAN	BIC	
Name Kontoinhaber(in) und Anschrift (wenn Kontoinhaber(in) abweichend)		

**Name:**

**Versichertennummer:**

**Die Pflege wird durchgeführt von**

Name(n) der Pflegeperson(en)	
Anschrift(en) der Pflegeperson(en)	Telefon

Name und Anschrift des Pflegedienstes / Pflegeheimes	
Telefon	
Institutionskennzeichen (IK) des Pflegedienstes / Pflegeheimes:	

<b>Der behandelnde Arzt ist</b>	
Name und Anschrift des Hausarztes/Facharztes	Telefon

Datenschutzhinweis nach § 67 a SGB X und § 67 b Abs. 2 Satz 3 SGB X: Die Erhebung der Daten beruht auf §§ 36, 37, 38 und 43 SGB XI und ist zur rechtmäßigen Erfüllung unserer Aufgaben erforderlich. Zur Mitteilung der erfragten Angaben sind Sie nach § 60 SGB I verpflichtet. Die Angabe der Telefonnummer sowie die Einwilligung zur Datenerhebung bei Dritten sind freiwillig. Unterbleibt Ihre Mitwirkung dürfen wir unsere Leistungen nach § 66 SGB I einschränken.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der/des Versicherten oder der/des  
Bevollmächtigten/Betreuers