

Bitte senden an:

Pflegekasse  
Telefonische Erreichbarkeit:  
040 32532555



## Antrag auf ambulante/teilstationäre Leistungen der Pflegeversicherung

### Persönliche Angaben zum Pflegebedürftigen

Name, Vorname	Geburtsdatum	Krankenversicherer-Nr.
Anschrift	Vorwahl	Rufnummer

### Bankverbindung

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

Ich beantrage hiermit folgende **Pflegeleistungen**:

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

### Wer führt die Pflege durch?

**Pflegegeld**

Die private Pflegeperson ist:

Name	Vorname		
Straße	Hausnummer		
PLZ	Ort	Vorwahl	Rufnummer

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

**Pflegesachleistung**

Ich bitte um Unterstützung bei der Suche einer ambulanten Pflegeeinrichtung

Ich habe mich bereits für die Inanspruchnahme eines Vertragspartners der DAK-Gesundheit-Pflegekasse entschieden:  
Die Pflegeeinsätze werden geleistet von:

Name des Pflegedienstes			
Straße			Hausnummer
PLZ	Ort	Vorwahl	Rufnummer

**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
PLZ	Ort	Vorwahl	Rufnummer

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

Ich bitte um Unterstützung bei der Suche einer Tages- und Nachtpflegeeinrichtung

Ich habe mich bereits für die Inanspruchnahme der folgenden Vertragseinrichtung entschieden  
(bitte Namen und Anschrift der Einrichtung angeben)

Name der Einrichtung			
Straße			Hausnummer
PLZ	Ort	Vorwahl	Rufnummer

**Ambulant betreute Wohngruppe**

Name der Präsenzkraft			
Name der Einrichtung			
Straße			Hausnummer
PLZ	Ort	Vorwahl	Rufnummer

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

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

Name		Vorname	
Straße			Hausnummer
PLZ	Ort	Vorwahl	Rufnummer

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

dem Sozialamt     der Unfallversicherung     dem Versorgungsamt     einem ausländischen Leistungsträger

Haben Sie Anspruch auf Beihilfe?  ja  nein

ja (bitte Namen/Anschrift der Beihilfestelle angeben und Bescheid beifügen):

Name des Pflegedienstes			
Straße			Hausnummer
PLZ	Ort	Vorwahl	Rufnummer

Bitte angeben, wenn die/der Pflegebedürftige **keinen eigenen** Beihilfeanspruch hat, sondern lediglich als Familienangehörige(r) beihilfeberechtigt ist:

Name, Vorname der beihilfeberechtigten Person

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

Mein Hausarzt bzw. behandelnder Arzt ist:

Name		Vorname	
Straße			Hausnummer
PLZ	Ort	Vorwahl	Rufnummer

Ich bitte um eine Pflegeberatung.

**Begutachtung: Terminvereinbarung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung**

aus zwingenden Gründen ist eine Begutachtung am \_\_\_\_\_  
oder von/bis \_\_\_\_\_ nicht möglich.

#### Einverständniserklärung / Unterschrift

Ich bin damit einverstanden, dass mein behandelnder Arzt vorhandene ärztliche Berichte, Gutachten und Befunddokumentationen dem medizinischen Dienst der Krankenversicherung zur Verfügung stellt, soweit sie für die Begutachtung der Pflegebedürftigkeit erforderlich sind.

*Wir weisen darauf hin, dass andere Sozialleistungsträger zur Prüfung ihrer Leistungspflicht berechtigt sind, Gutachten des Medizinischen Dienstes und andere ärztliche Gutachten bei der DAK-Gesundheit anzufragen. 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 des Versicherten oder des Betreuers/ Bevollmächtigten  
(nur in Verbindung mit einer Kopie des Betreuerausweises oder Vollmacht möglich)

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