

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