

I. Erstantrag auf Leistungen der Pflegeversicherung		
Vorname, Name, Geburtstag , geboren am	Versicherten	Versichertennummer
Anschrift ,	Versicherten	Telefon-Nr. (freiwillig)

Bitte ausfüllen - Anspruch auf Leistungen besteht, wenn in den letzten zehn Jahren vor der Antragstellung mindestens zwei Jahre eine Versicherung bestand. In den letzten 10 Jahren war ich bei folgenden Pflegekassen versichert:

Name, Anschrift	von bis versichert	Versichertennummer

Beantragt wird

Sachleistung
  Geldleistung
  Kombinationsleistung <sup>1)</sup>

Vollstationäre Pflege

Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen

<sup>1)</sup> Wenn Sie die Kombinationsleistung wählen, erhalten Sie die Geldleistung und die Sachleistung jeweils teilweise.

Ich bitte um Zusendung einer Kopie des Gutachtens.

II. Die Pflege wird durchgeführt von	
Name des Hilfsdienstes / der Sozialstation	Heimaufnahme am
Anschrift des Hilfsdienstes / der Sozialstation	Telefon-Nr.
Name der Pflegeperson (bei Geldleistung)	
Anschrift der Pflegeperson (bei Geldleistung)	Telefon-Nr.
III. Hilfebedarf besteht im Bereich	
<input type="checkbox"/> Ernährung <input type="checkbox"/> Bewegung <input type="checkbox"/> Körperpflege <input type="checkbox"/> Hauswirtschaftliche Versorgung	
<input type="checkbox"/> Sonstiges _____	

**Bitte Rückseiten beachten!**

**IV. Ich erhalte bereits Pflegegeld von**

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> der Unfallversicherung | <input type="checkbox"/> dem Sozialamt               | <input type="checkbox"/> dem Versorgungsamt             |
| <input type="checkbox"/> der Beihilfestelle     | <input type="checkbox"/> der Landesblindengeldstelle | <input type="checkbox"/> ausländischem Leistungsträger: |

\_\_\_\_\_  
Name und Unterschrift

\_\_\_\_\_  
Aktenzeichen

**Ich habe Anspruch auf Beihilfe nach beamtenrechtlichen Vorschriften/Heilfürsorge:**

- nein
- ja, da ich:
- im öffentlichen Dienst beschäftigt war/bin:
- ich eine Hinterbliebenenversorgung aus einem öffentl.-rechtl. Dienstverhältnis meines Ehegatten/Elternteils erhalte
- mein Ehegatte/Elternteil im öffentlichen Dienst beschäftigt ist/war.

Name und Anschrift/Aktenzeichen:

**V. Behandelnder Arzt (siehe auch unten)**

Name des Arztes

Telefon-Nr.

Anschrift des Arztes

**VI. Leistungen/Erstattungen bitte auf folgendes Konto überweisen (Konto des Pflegebedürftigen):**

Geldinstitut

IBAN

BIC

Name des Kontoinhabers

Ich bin damit einverstanden, dass der Medizinische Dienst der Krankenversicherung von dem oben genannten, mich behandelnden Arzt, Krankenhäusern und den mich betreuenden Pflegepersonen Auskünfte sowie ärztliche Berichte, Gutachten und Befunddokumentationen zur Verfügung gestellt werden.

Bei diesem Antrag hat mitgewirkt:

Datum, Unterschrift

Versicherten

Name, Vorname, Anschrift, Tel.-Nr., Stellung zum Pflegebedürftigen (z. B. Bevollmächtigter)

**Datenschutzhinweis (§ 67a Abs. 3 SGB X): Damit wir unsere Aufgaben erfüllen können, ist Ihr Mitwirken nach §§ 7, 28 SGB XI und § 60 SGB I erforderlich. Ihre Daten sind im vorliegenden Fall aufgrund § 94 SGB XI zu erheben. Fehlt Ihre Mitwirkung, kann dies zu Nachteilen (z. B. bei den Leistungsansprüchen) führen.**

Zu Abschnitt V. des Antrages:

Es ist Ihnen freigestellt, Ihren Hausarzt zu bitten, die nachfolgenden Angaben zu machen. Wir weisen Sie darauf hin, dass hierfür eventuell anfallende Kosten weder von der Pflege-/Krankenkasse noch vom Medizinischen Dienst der Krankenversicherung übernommen werden können.

Aus hausärztlicher Sicht wichtige Angaben zum umseitigen Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung (z. B. pflegerelevante Diagnosen, pathologische Untersuchungsbefunde etc.):

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

\_\_\_\_\_  
Stempel/Unterschrift des behandelnden Arztes

# Selbstauskunft zum Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung

(Bitte füllen Sie den Bogen gut lesbar und sorgfältig aus. Falls Sie den Bogen nicht selbst ausfüllen können, kann dies auch ein Angehöriger oder eine Pflegeperson für Sie tun.)

**Hinweis:** Das Ausfüllen der Selbstauskunft ist freiwillig. Die Angaben erleichtern jedoch die Bearbeitung eines Antrages auf Leistungen der Pflegeversicherung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK).

**Name des Antragstellers , Geburtsdatum**

## Häufigkeit der persönlichen Arztbesuche des Antragstellers

\_\_\_mal monatlich  zu Hause                      \_\_\_mal monatlich  in der Praxis

## Häufigkeit der persönlichen Therapiebesuche des Antragstellers

Krankengymnastik \_\_\_mal monatlich  zu Hause  in der Praxis  länger als 6 Monate

Ergotherapie \_\_\_mal monatlich  zu Hause  in der Praxis  länger als 6 Monate

Logopädie \_\_\_mal monatlich  zu Hause  in der Praxis  länger als 6 Monate

## Welche Hilfsmittel/Hilfen benutzt der Antragsteller?

<input type="checkbox"/> Brille	<input type="checkbox"/> Rollstuhl	<input type="checkbox"/> kleine Vorlagen	<input type="checkbox"/> Toilettenstuhl
<input type="checkbox"/> Zahnprothese	<input type="checkbox"/> Korsett	<input type="checkbox"/> Windeln	<input type="checkbox"/> Badehilfe
<input type="checkbox"/> Hörgerät	<input type="checkbox"/> Kompressionsstrümpfe	<input type="checkbox"/> Urinflasche	<input type="checkbox"/> Duschstuhl
<input type="checkbox"/> UA-Gehstützen	<input type="checkbox"/> (kurz) <input type="checkbox"/> (lang)	<input type="checkbox"/> Urinbeutel	<input type="checkbox"/> Pflegebett
<input type="checkbox"/> Handgehstock	<input type="checkbox"/> Ernährungspumpe	<input type="checkbox"/> WC-Sitzerhöhung	<input type="checkbox"/> Antidekubitusmatratze
<input type="checkbox"/> Rollator	<input type="checkbox"/> PEG-Sonde	<input type="checkbox"/> Blasenkatheter	<input type="checkbox"/> Hausnotruf

Sonstiges: \_\_\_\_\_

## Häusliche Situation des Antragstellers

Alleinlebend                       mit Lebenspartner                       mit Pflegeperson

## Wer pflegt den Antragsteller regelmäßig zu Hause?

Name*, Vorname*	Straße*	PLZ*	Wohnort*	an wieviel Stunden in der Woche?

\*Diese Angaben sind erforderlich zur Feststellung der Rentenversicherungspflicht der Pflegeperson(en)

**Nimmt der Antragsteller regelmäßig einen Pflegedienst, eine Tagespflege in Anspruch?**

Wenn ja, Name des Pflegedienstes: \_\_\_\_\_ x wöchentlich

Was macht der Pflegedienst? \_\_\_\_\_

---

---

**An welchen Erkrankungen leidet der Antragsteller?** Falls der Antragsteller schon einmal vom MDK begutachtet worden ist: Was hat sich seit der letzten Begutachtung verändert? Gab es Krankenhausaufenthalte? Wenn ja, warum?

---

---

---

**Hat der Antragsteller eine Rehabilitation (Kur) durchgeführt? Wenn ja, wann und wo?**

In den letzten 12 Monaten  ja  nein  
Im Zeitraum von mehr als 12 Monaten bis zu 4 Jahren  ja  nein

Wurde die Rehabilitation  ambulant oder  stationär durchgeführt?

War es eine  geriatrische Rehabilitation oder eine  
 Indikationsspezifisch (z. B. neurologische, orthopädische, kardiologische) Rehabilitation

---

---

Würde der Antragsteller an einer Rehabilitation (Kur) teilnehmen wollen?  ja  nein

Wenn ja, was möchte der Antragsteller mit einer Rehabilitation (Kur) erreichen?

---

---

---

**Welche geistigen Beeinträchtigungen bestehen beim Antragsteller?**  keine

Verwechseln der Tageszeiten  kann sich in der Wohnung nicht zurechtfinden

kann selbst einfache Aufforderungen nicht umsetzen  kann vertraute Personen nicht erkennen

Auffälliges Verhalten:

---

---

Körpergröße ..... cm

Körpergewicht ..... kg