

Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung

Hiermit beantrage ich

Name, Vorname	<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
PLZ/Wohnort/Straße	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Telefon *	Versichertennummer

- die Feststellung der Pflegebedürftigkeit**
- Neufeststellung (Höherstufung), bisherige Stufe**
- Änderung der Leistungsart** (z.B. von Pflegegeld in Pflegesachleistung/von ambulante in stationäre Pflege)

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Pflegesachleistung
(z. B. durch eine Pflegekraft einer Sozialstation) | <input type="checkbox"/> Pflegegeld
(für eine selbstbeschaffte Pflegehilfe, z. B. Familienangehörigen) | <input type="checkbox"/> Kombinationsleistung
(Pflegesachleistung und Pflegegeld) |
|--|--|---|

Ich wohne in einem Pflegeheim: nein
 ja, und zwar _____

Ich möchte in ein Pflegeheim, voraussichtlich am _____
ins Heim _____

Zusätzlich beantrage ich:

Tagespflege, und zwar _____
 Name, Anschrift, Telefon-Nr. der Tagesstätte

Nachtpflege, und zwar _____
 Name, Anschrift, Telefon-Nr. der Nachtpflegestelle

Ich erhalte Pflegeleistungen von: (Zutreffendes ankreuzen bzw. ergänzen)

- | | | |
|---|----------------------|------------------------|
| <input type="checkbox"/> der Unfallversicherung | Berufsgenossenschaft | Art der Pflegeleistung |
| <input type="checkbox"/> dem Sozialamt | | Art der Pflegeleistung |
| <input type="checkbox"/> sonstigen Stellen | z. B. Versorgungsamt | Art der Pflegeleistung |

Besteht für Sie ein Anspruch auf Beihilfeleistungen oder Heilfürsorge nach beamtenrechtlichen Vorschriften? ja nein

*Diese Angabe ist freiwillig.

Die Pflege in meiner Häuslichkeit wird durchgeführt/soll durchgeführt werden von:
(Zutreffendes bitte angeben)

Name der Pflegeperson, Anschrift, Telefon-Nr.

. .
Pflegebeginn

Anschrift des Pflegedienstes

. .
Pflegebeginn

Bankverbindung für die Überweisung der Geldleistung:

Kontonummer

Bankleitzahl

Name des Geldinstitutes

Kontoinhaber (falls abweichend vom Pflegebedürftigen)

Wichtig: Anschrift des abweichenden Kontoinhabers

Mein behandelnder Arzt ist: _____

Anschrift des Arztes

Telefon-Nr. des Arztes

Einwilligungserklärung zur Information des Arztes:

Ich bin damit einverstanden, dass die Pflegekasse bei der AOK Mecklenburg-Vorpommern bei Bedarf das Pflegegutachten/Ergebnis der Begutachtung an meinen Arzt übermittelt.

Ja

Nein **

Datum

Unterschrift des Versicherten/Bevollmächtigten

Die vorgenannten Daten sind zur Beurteilung Ihres Antrages auf Leistungen aus der Pflegeversicherung notwendig. Rechtsgrundlagen für die Datenerhebung sind § 94 Abs. 1 Nr. 3 i. V. m. 4 §§ 7, 28 SGB XI. Ihre Mitwirkungspflicht ergibt sich aus § 60 SGB I. Fehlt Ihre Mitwirkung, kann dies zu Nachteilen in der Leistungsgewährung (§ 66 SGB I) führen.

Terminabsprache mit dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK)

Ich wünsche, dass eine ggf. erforderliche Terminabsprache für einen Hausbesuch des MDK mit mir selbst vorgenommen wird.

Ich wünsche, dass eine ggf. erforderliche Terminabsprache für einen Hausbesuch des MDK

mit meinem Angehörigen/Betreuer
Frau/Herrn

Name, Vorname, Anschrift, Telefon

vorgenommen wird.

Einwilligungserklärung

Ich bin damit einverstanden, dass dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) vorhandene ärztliche Berichte, Gutachten und Befunddokumentation zur Einsichtnahme zur Verfügung gestellt werden, soweit diese zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit notwendig sind. Des Weiteren kann der MDK meine pflegenden Angehörige(n) oder sonstige Personen oder Dienste, die an der Pflege beteiligt sind, befragen.

Insoweit entbinde ich die o. g. Ärzte bzw. Stellen von ihrer Schweigepflicht. Ich gestatte die Übermittlung der von dem MDK erstellten Gutachten an die Pflegekasse der AOK M/V.

Ort, Datum

Unterschrift des Versicherten/Bevollmächtigten

** Falls Sie nicht damit einverstanden sind, entstehen Ihnen keine rechtlichen Nachteile.