

\_\_\_\_\_  
Anschrift Ihrer Pflegekasse

## Antrag auf Leistung der Pflegeversicherung

Angaben der/des Pflegebedürftigen:

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Vers.Nr.

\_\_\_\_\_  
Anschrift: Str., Hausnr., PLZ, Ort

Rechtliche Vertretung

Ich habe einen Betreuer.

Bitte Kopie des Ausweises beifügen.

Ich habe einen Bevollmächtigten.

Bitte Vollmacht beifügen.

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Anschrift: Str., Hausnr., PLZ, Ort

\_\_\_\_\_  
Telefonnummer

Erstantrag

Einstufung höherer Pflegegrad

Änderung ab: \_\_\_\_\_

Ich beantrage folgende Leistungen:

Pflegesachleistung

Pflege durch einen zugelassenen Pflegedienst

Tages- und Nachtpflege

Pflege in einer teilstationären Pflegeeinrichtung

Geldleistung

Für die Pflege durch eine private Pflegeperson

Vollstationäre Pflege

Pflege in einer vollstationären Pflegeeinrichtung

Kombinationsleistung

Pflege durch einen zugelassenen Pflegedienst  
und eine private Pflegeperson

Die Pflegetätigkeiten werden durchgeführt von

Pflegedienst

Tagespflege

Pflegeheim

Private Pflegeperson

Name, Vorname / Einrichtung

Anschrift: Str., Hausnr., PLZ, Ort

Telefonnummer

Die beantragte Geldleistung soll auf folgendes Konto überwiesen werden

Name, Vorname

Bankname

IBAN

BIC

Angaben der/des behandelnden Arztes/Ärztin:

Name, Vorname des Hausarztes / Facharztes

Telefonnummer

Anschrift: Str., Hausnr., PLZ, Ort

Terminabsprache mit dem Medizinischen Dienst der Krankenkasse in MD

Ich wünsche eine Terminabsprache

Für einen Hausbesuch des Gutachters des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung mit:

Name, Vorname

Telefonnummer

Anschrift: Str., Hausnr., PLZ, Ort

Unterschrift

Ich erteile meinen behandelnden Ärzten, mich betreuenden Pflegekräften, Pflegediensten und stationären Pflegeeinrichtungen, dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung MD Auskünfte über die für die Begutachtung der Pflegebedürftigkeit wichtigen Erkrankungen, sowie Art, Umfang und Dauer der Hilfebedürftigkeit zu erteilen. Des Weiteren dürfen sie entsprechende Unterlagen zur Verfügung stellen, die zur Aufgabenerfüllung der Pflegekasse und/oder des MD für den konkreten Einzelfall benötigt werden.

Ort, Datum

Unterschrift Leistungsnehmer, Bevollmächtigter, Betreuer/ -in