

Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung

Name, Vorname des/der Versicherten

Geburtsdatum

Straße, Hausnummer

Versichertennummer

Postleitzahl/Wohnort

Telefon

Erstantrag

Höherstufungsantrag

Bisherige Pflegesufe

0 1 2 3

Die Pflege wird durchgeführt von:

Name der Pflegeeinrichtung

Anschrift der Pflegeeinrichtung

Ich erhalte bereits Pflegeleistungen von/ich habe Ansprüche angemeldet bei:

dem Versorgungsamt sonstigen Stellen

der Unfallversicherung

Name der Einrichtung

Ich habe einen Beihilfeanspruch

Ja Nein

Name/Anschrift der Beihilfestelle

Der behandelnde Arzt ist:

Name des Hausarztes/Facharztes und Anschrift

Datum und Unterschrift d. des Versicherten, Betreuers oder gesetzlichen Vertreters

Ich bin damit einverstanden, dass dem Medizinischen Dienst der Krankenkassen (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 Angehörigen oder sonstige an der Pflege beteiligten Personen oder Dienste befragen. Insoweit entbinde ich die o.g. Ärzte bzw. Stellen von ihrer Schweigepflicht. Ich gestatte die Übermittlung der von dem MDK erstellten Gutachten an meine Krankenkasse. Des weiteren bin ich damit einverstanden, dass der Antrag an den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung und meine Pflegekasse weitergeleitet wird.

