

Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung

Kassenunabhängiger Antrag auf Pflegeleistungen · Bitte gut lesbar ausfüllen und an die zuständige Pflegekasse senden.

Hinweis zur Datenerhebung. Angaben zu sexueller Orientierung oder geschlechtlicher Identität sind für diesen Antrag nicht erforderlich. Sie können freiwillig gemacht werden, wenn sie für eine respektvolle Ansprache, Beratung oder Begutachtung wichtig sind.

Datenschutz. Die Daten werden zur Prüfung und Gewährung von Pflegeleistungen nach dem SGB XI verarbeitet, sensible Angaben nur, soweit für Leistungsprüfung, Beratung oder Versorgung erforderlich.

1 Angaben zur versicherten Person

NAME LAUT VERSICHERUNG

GEWÜNSCHTER NAME / RUFNAME, FALLS ABWEICHEND

GEWÜNSCHTE ANREDE (Z. B. FRAU, HERR, KEINE, ANDERE)

PRONOMEN, FALLS GEWÜNSCHT (Z. B. THEY/THEM)

VERSICHERTENNUMMER

DATUM DES ANTRAGS

ANSCHRIFT — STRASSE, HAUSNUMMER · PLZ, ORT

TELEFON FÜR RÜCKFRAGEN (FREIWILLIG)

E-MAIL-ADRESSE (FREIWILLIG)

2 Beantragte Pflegeleistung

Ich beantrage folgende Pflegeleistung bzw. Kombination von Leistungen:

☐ **Pflegegeld**

Monatliche Zahlung zur Unterstützung der privaten Pflege durch vertraute Personen, z. B. Partner:in, Wahlfamilie, Freund:innen, Nachbar:innen oder Angehörige.

☐ **Pflegesachleistungen**

Pflege zu Hause durch einen ambulanten Pflegedienst. Abrechnung in der Regel direkt zwischen Pflegedienst und Pflegekasse.

☐ **Kombinationsleistung**

Kombination aus Pflegegeld und Pflegesachleistungen, wenn die Pflege teils privat, teils durch einen ambulanten Pflegedienst erbracht wird.

☐ **Tagespflege / Nachtpflege**

Stundenweise Versorgung tagsüber oder nachts in einer teilstationären Pflegeeinrichtung.

☐ **Vollstationäre Pflege in einer Pflegeeinrichtung**

Vollständige Unterbringung und Versorgung in einer stationären Pflegeeinrichtung.

☐ **Vollstationäre Pflege in einer Einrichtung der Behindertenhilfe**

Unterbringung in einer besonderen Einrichtung, vollständig oder zeitweise.

3 Private Pflegepersonen und Bezugspersonen

Personen, die regelmäßig Pflege, Betreuung, Begleitung oder Unterstützung übernehmen. Das können Partner:innen, Ehe- oder Lebenspartner:innen, Wahlfamilie, Freund:innen, Nachbar:innen, Angehörige oder andere vertraute Bezugspersonen sein. Eine rechtliche oder verwandtschaftliche Beziehung ist nicht erforderlich.

Pflegeperson 1

VORNAME

NAME

GEWÜNSCHTER NAME / RUFNAME

GEBURTSDATUM

ANSCHRIFT

TELEFON (FREIWILLIG, MIT EINWILLIGUNG)

VERHÄLTNIS ZUR PFLEGEBEDÜRFTIGEN PERSON

ART DER UNTERSTÜTZUNG (Z. B. KÖRPERPFLEGE, BEGLEITUNG, HAUSHALT, ORGANISATION, EMOTIONALE UNTERSTÜTZUNG, TERMINE)

Pflegeperson 2

VORNAME

NAME

GEWÜNSCHTER NAME / RUFNAME

GEBURTSDATUM

ANSCHRIFT

TELEFON (FREIWILLIG, MIT EINWILLIGUNG)

VERHÄLTNIS ZUR PFLEGEBEDÜRFTIGEN PERSON

ART DER UNTERSTÜTZUNG (Z. B. KÖRPERPFLEGE, BEGLEITUNG, HAUSHALT, ORGANISATION, EMOTIONALE UNTERSTÜTZUNG, TERMINE)

4 Angaben zum ambulanten Pflegedienst

Auszufüllen bei Pflegesachleistungen oder Kombinationsleistungen. Ich habe folgenden ambulanten Pflegedienst beauftragt bzw. möchte ihn beauftragen:

NAME DES AMBULANTEN PFLEGEDIENSTES

ANSCHRIFT

TELEFON

☐ Ich habe noch keinen geeigneten Pflegedienst gefunden und bitte um Unterstützung bei der Suche in meiner Nähe.

Wichtig für die Versorgung

- ☐ Mir ist eine diskriminierungssensible, respektvolle und personenzentrierte Versorgung wichtig.
- ☐ Wunschnamen, Pronomen, Partnerschaften, Ehe- oder Lebenspartner:innen, Wahlfamilien und vertraute Bezugspersonen sollen respektiert werden.
- ☐ Ich wünsche Unterstützung bei der Suche nach einem Pflegedienst, der diese Anforderungen berücksichtigt.

Zusätzlich Unterstützung durch private Pflegepersonen / Bezugspersonen?

☐ nein ☐ ja – siehe Punkt 3

5 Umwandlung von Pflegesachleistungen

Ich möchte einen Teil meines Anspruchs auf Pflegesachleistungen für anerkannte Angebote zur Unterstützung im Alltag nutzen (z. B. Alltagsbegleitung, Betreuungs- und Entlastungsangebote, Gruppenangebote, Unterstützung pflegender Bezugspersonen).

☐ nein ☐ ja

Die Umwandlung ist nur im gesetzlich zulässigen Umfang möglich. Die zuständige Pflegekasse prüft die Voraussetzungen.

6 Tages-, Nacht- oder stationäre Pflege

Auszufüllen bei Tagespflege, Nachtpflege, vollstationärer Pflege oder Pflege in einer Einrichtung der Behindertenhilfe.

NAME DER EINRICHTUNG

ANSCHRIFT

GEPLANTES / TATSÄCHLICHES AUFNAHMEDATUM

Zusätzliche Unterstützung durch:

☐ private Pflegeperson ☐ ambulanter Pflegedienst ☐ beides ☐ nein

7 Ursache der Pflegebedürftigkeit

Arbeits-/Haftpflichtunfall oder Berufskrankheit ☐ nein ☐ ja

Ärztlicher Behandlungsfehler ☐ nein ☐ ja

Versorgungsleiden, Kriegs- oder Wehrdienstschaden ☐ nein ☐ ja

8 Vergleichbare Leistungen anderer Stellen

Ich erhalte bereits vergleichbare Leistungen oder habe sie beantragt:

☐ nein ☐ ja

Wenn ja, von:

☐ gesetzliche Unfallversicherung ☐ Versorgungsamt o. Ä. ☐ Sozialamt ☐ anderer Leistungsträger

☐ ausländischer Leistungsträger ☐ sonstige Stelle

Nachweis:

☐ Bescheid beigelegt ☐ wird nachgereicht ☐ liegt noch nicht vor

9 Beihilfe oder Heilfürsorge

Anspruch auf Beihilfe / Heilfürsorge bei Krankheit und Pflege:

☐ nein ☐ ja

Der Anspruch besteht, weil:

☐ ich selbst beihilfe- oder heilfürsorgeberechtigt bin oder war.

☐ meine Ehe- oder Lebenspartner:in beihilfe- oder heilfürsorgeberechtigt ist oder war.

☐ ein Elternteil beihilfe- oder heilfürsorgeberechtigt ist oder war.

☐ aus anderem Grund.

NAME DER BEIHILFE- / ZUSTÄNDIGEN STELLE

AKTENZEICHEN

ANSCHRIFT

10 Vorversicherungszeit

In den letzten zehn Jahren mindestens zwei Jahre in der sozialen oder privaten Pflegepflichtversicherung versichert:

☐ ja ☐ nein ☐ bitte prüfen

NAME DER VORHERIGEN VERSICHERUNG

VERSICHERUNGSZEITRAUM (VON / BIS)

11 Bankverbindung

Für die Zahlung von Pflegegeld, anteiligem Pflegegeld oder Erstattungen.

KONTOINHABER:IN

GELDINSTITUT

IBAN

BIC (NUR BEI AUSLÄNDISCHER BANK)

12 Bevollmächtigung oder rechtliche Betreuung

Für mich ist eine rechtliche Betreuung bestellt.

☐ nein ☐ ja

Ich möchte durch eine bevollmächtigte Person vertreten werden.

☐ nein ☐ ja

Betreuende / bevollmächtigte Person

VORNAME

NAME

GEWÜNSCHTER NAME / RUFNAME

TELEFON (FREIWILLIG)

ANSCHRIFT

Art der Vertretung:

☐ rechtliche Betreuung ☐ Vollmacht ☐ Vorsorgevollmacht ☐ sonstige

Nachweis:

☐ Betreuungsurkunde beigelegt ☐ Vollmacht beigelegt ☐ wird nachgereicht

Die bevollmächtigte oder betreuende Person kann auch eine Person aus der Wahlfamilie oder eine andere vertraute Bezugsperson sein, sofern eine wirksame Vollmacht oder rechtliche Vertretung vorliegt.

13 Begutachtung und Kommunikation

Bei Rückfragen, Beratung und Begutachtung sollen folgende Punkte berücksichtigt werden:

- ☐ Ich möchte mit meinem Wunschnamen angesprochen werden.
- ☐ Ich möchte mit den angegebenen Pronomen angesprochen werden.
- ☐ Ich möchte keine Angaben zu sexueller Orientierung oder geschlechtlicher Identität machen.
- ☐ Meine Partner:in, Ehe- oder Lebenspartner:in, Wahlfamilie oder eine Bezugsperson soll bei Gesprächen oder der Begutachtung einbezogen werden.
- ☐ Ich wünsche eine ruhige und respektvolle Gesprächssituation.
- ☐ Sensible Informationen sollen vertraulich behandelt und nur verarbeitet werden, soweit erforderlich.

PERSON, DIE BEI BEGUTACHTUNG / BERATUNG DABEI SEIN SOLL (NAME, TELEFON, VERHÄLTNIS)

14 Beratungswunsch

Ich wünsche eine Beratung zu meiner Pflegesituation:

- ☐ nein ☐ ja

TAGSÜBER ERREICHBAR UNTER (TELEFON, FREIWILLIG)

BESONDERE HINWEISE FÜR DIE BERATUNG (FREIWILLIG)

Gewünschte Beratungsform:

- ☐ telefonisch ☐ per Video ☐ zu Hause ☐ an einem Beratungsort ☐ noch offen

15 Erklärung und Unterschrift

Mit meiner Unterschrift beantrage ich die oben ausgewählten Pflegeleistungen. Ich bestätige, dass die Angaben nach bestem Wissen gemacht wurden. Änderungen, die für den Leistungsanspruch wichtig sein können, teile ich der zuständigen Pflegekasse mit.

Ich bitte darum, Wunschnamen, Pronomen, Partnerschaften, Wahlfamilien und benannte Bezugspersonen im weiteren Verfahren respektvoll zu berücksichtigen, soweit für Kommunikation, Beratung, Begutachtung oder Versorgung relevant.

ORT, DATUM

UNTERSCHRIFT DER VERSICHERTEN PERSON
oder der bevollmächtigten / betreuenden Person

Anlagen

- ☐ Kopie der Vollmacht ☐ Kopie der Betreuungsurkunde ☐ Bescheid eines anderen Leistungsträgers
- ☐ Nachweis über Beihilfe / Heilfürsorge ☐ Angaben zum ambulanten Pflegedienst
- ☐ Angaben zur Pflegeeinrichtung ☐ weitere Unterlagen

Neutrale Hinweise zum Ausfüllen

Pflegebedürftigkeit liegt vor, wenn jemand wegen gesundheitlicher Einschränkungen dauerhaft Unterstützung im Alltag benötigt; die Einschränkungen müssen voraussichtlich mindestens sechs Monate bestehen. Angaben zu Wunschnamen, Pronomen oder Bezugspersonen sind freiwillig und sollen eine respektvolle, diskriminierungssensible Versorgung unterstützen. Eine Offenlegung der sexuellen Orientierung oder geschlechtlichen Identität ist nicht erforderlich.

DIESER ANTRAG WURDE BEREITGESTELLT VON

AlleFarben Alltagshilfe GmbH

Feurigstr. 54, 10827 Berlin · Tel. 030 52006445 · beratung@allefarben-alltagshilfe.de · www.allefarben-alltagshilfe.de