

Antrag auf Pflegeleistungen

Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung gemäß SGB XI

Name der Pflegekasse

Name, Vorname

Straße, Hausnummer

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

PLZ, Ort

Datum (Berlin, den)

Versicherungsnummer

Geburtsdatum

Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung gemäß §§ 14 ff. SGB XI

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit beantrage ich Leistungen der Pflegeversicherung. Ich bestätige, dass ich aufgrund von Krankheit oder Behinderung seit mindestens 6 Monaten oder voraussichtlich für mindestens 6 Monate auf Hilfe und Unterstützung im Alltag angewiesen bin (§ 14 Abs. 1 SGB XI).

Ich bitte um Einleitung der Pflegebegutachtung durch den Medizinischen Dienst.

ART DES ANTRAGS

Erstantrag Höherstufungsantrag

GRUND FÜR DEN PFLEGEANTRAG

Chronische Erkrankung Schlaganfall / neurologisches Ereignis
 Demenz / kognitive Beeinträchtigung Altersbedingte Einschränkung
 Unfall Behinderung / angeborene Beeinträchtigung
 Operation / Krankenhausaufenthalt Psychische Erkrankung

Sonstiges:

GEWÜNSCHTE PFLEGEFORM

- Häusliche Pflege durch Angehörige / ehrenamtliche Pflegeperson (→ Pflegegeld)
- Häusliche Pflege durch ambulanten Pflegedienst (→ Pflegesachleistungen)
- Kombination: Pflegegeld und Pflegesachleistungen
- Vollstationäre Pflege (Pflegeheim)
- Vollstationäre Pflege in Einrichtung der Behindertenhilfe

GEWÜNSCHTE LEISTUNGEN

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Pflegegeld (§ 37 SGB XI) | <input type="checkbox"/> Entlastungsbetrag (§ 45b SGB XI) |
| <input type="checkbox"/> Pflegesachleistungen (§ 36 SGB XI) | <input type="checkbox"/> Kurzzeitpflege (§ 42 SGB XI) |
| <input type="checkbox"/> Kombinationsleistung (§ 38 SGB XI) | <input type="checkbox"/> Verhinderungspflege (§ 39 SGB XI) |
| | <input type="checkbox"/> Tages-/Nachtpflege (§ 41 SGB XI) |

EILANTRAG

- Eilantrag erforderlich (Krankenhaus / Hospiz / Palliativversorgung / Pflegezeit nach PflegeZG)

DER MEDIZINISCHE DIENST SOLL KONTAKT AUFNEHMEN MIT

Name, Vorname

Telefon

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Verhältnis zur pflegebedürftigen Person

Ort, Datum

Unterschrift

Pflegebedürftige Person / bevollmächtigte Person