

Antrag auf Pflegeleistungen



Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung nach dem SGB XI

1. Angaben zur Pflegekasse

Name der Pflegekasse

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Ort, Datum

2. Angaben zur versicherten Person

Name, Vorname

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Versicherungsnummer

Geburtsdatum

3. Antrag

Sehr geehrte Damen und Herren,
hiermit beantrage ich Leistungen der Pflegeversicherung nach dem SGB XI. Ich bitte um Einleitung der Pflegebegutachtung durch den zuständigen Begutachtungsdienst. Der Antrag gilt ab dem frühestmöglichen Zeitpunkt.

4. Art des Antrags

- Erstantrag Höherstufungsantrag

5. Grund für den Pflegeantrag

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Chronische Erkrankung | <input type="checkbox"/> Schlaganfall / neurologisches Ereignis |
| <input type="checkbox"/> Demenz / kognitive Beeinträchtigung | <input type="checkbox"/> Altersbedingte Einschränkung |
| <input type="checkbox"/> Unfall | <input type="checkbox"/> Behinderung / angeborene Beeinträchtigung |
| <input type="checkbox"/> Operation / Krankenhausaufenthalt | <input type="checkbox"/> Psychische Erkrankung |

Sonstiges: _____

Hinweis: Dieser Vordruck ist eine praktische Ausfüllhilfe. Einzelne Pflegekassen können zusätzliche Formulare oder Nachweise anfordern.

Antrag auf Pflegeleistungen



Fortsetzung

6. Gewünschte Pflegeform

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

7. Gewünschte Leistungen

- Pflegegeld (§ 37 SGB XI)
- Pflegesachleistungen (§ 36 SGB XI)
- Kombinationsleistung (§ 38 SGB XI)
- Entlastungsbetrag (§ 45b SGB XI)
- Kurzzeitpflege (§ 42 SGB XI)
- Verhinderungspflege (§ 39 SGB XI)
- Tages- / Nachtpflege (§ 41 SGB XI)

8. Eilantrag

- Eilantrag erforderlich Grund / aktuelle Situation: _____

9. Der Begutachtungsdienst soll Kontakt aufnehmen mit

Name, Vorname	Telefon
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Straße, Hausnummer	PLZ, Ort
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Verhältnis zur pflegebedürftigen Person	E-Mail (optional)
<input type="text"/>	<input type="text"/>

10. Anlagen / Hinweise

- Vollmacht oder Betreuungsurkunde liegt bei, falls eine Vertretung unterschreibt.
- Kopie des Personalausweises nur beifügen, wenn die Pflegekasse dies ausdrücklich verlangt.

Ort, Datum

Unterschrift

pflegebedürftige Person / bevollmächtigte Person