

Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung

Name der Versicherten, Vorname

Postleitzahl/Ort

Straße/Hausnummer

Telefon

Geburtsdatum

Versicherungsnummer

- Erstantrag
- Höherstufungsantrag
- Leistungen bei häuslicher Pflege
- Leistungen bei stationärer Pflege
- Leistungen bei eingeschränkter Alltagskompetenz (Demenz)
- Pflegezeit wurde beantragt

Bankleitzahl

Kreditinstitut

Kontonummer

Kontoinhaber(in)

- Geldleistung**
- Kombinationsleistung**
- Sachleistung** (bei Nichtausschöpfen soll anteiliges Pflegegeld gezahlt werden)

Die häusliche Pflege wird durchgeführt von

Name der Pflegeperson (bei Geld- oder Kombinationsleistung), Geburtsdatum der Pflegeperson

Anschrift der Pflegeperson (bei Geld- oder Kombinationsleistung)

Angehörige/r (auch wenn keine Pflegeperson angegeben ist) mit vollständiger Anschrift)

Name und Anschrift des Pflegedienstes (bei Sachleistung oder Kombinationsleistung)

Die stationäre Pflege wird durchgeführt

_____ Name des Heimes	_____ Name der Kurzzeitpflege
_____ Anschrift des Heimes	_____ Anschrift der Kurzzeitpflege
_____ Tag der Heimaufnahme	_____ Beginn der Kurzzeitpflege

Hilfebedarf besteht im Bereich

<input type="checkbox"/> Ernährung	<input type="checkbox"/> Körperpflege	<input type="checkbox"/> Bewegung
<input type="checkbox"/> sonstiges:		