

Vorname Name:

KV-Nr.:

Die Pflege wird von einer Tages- oder Nachtpflegeeinrichtung durchgeführt

Nein Ja, bitte angeben

Name der Tages- oder Nachtpflegeeinrichtung

[Grid for name of care facility]

Straße

Nr.

[Grid for street name]

[Grid for house number]

PLZ

Ort

[Grid for postal code]

[Grid for location]

Die Pflege wird von einer privaten Pflegeperson durchgeführt

Nein Ja, bitte angeben

Meine Pflegeperson hat gegenüber ihrem Arbeitgeber angekündigt, die Pflegezeit/Familienpflegezeit in Anspruch zu nehmen.

Pflegeperson

Vorname

[Grid for first name]

Name

[Grid for name]

Straße

Nr.

[Grid for street name]

[Grid for house number]

PLZ

Ort

[Grid for postal code]

[Grid for location]

geboren am (TTMMJJJJ):

[Grid for date of birth]

Telefon-Nummer*

[Grid for phone number]

Leistungen der Palliativversorgung wurden ärztlich verordnet:

Leistungen in einem Hospiz nein ja

Leistungen im Rahmen der ambulanten Palliativversorgung nein ja

Ursachen der Pflegebedürftigkeit

Arbeitsunfall/Berufskrankheit nein ja

Versorgungsleiden/Kriegsschaden/Wehrdienstschaden nein ja

Ich erhalte bereits Pflegeleistungen bzw. habe Pflegeleistungen beantragt

Sozialamt nein ja beantragt

Ausländischer Leistungsträger nein ja beantragt

Unfallversicherungsträger nein ja beantragt

Versorgungsamt nein ja beantragt

Vorname Name:

KV-Nr.:

Bitte eine Kopie des Bescheides beifügen.

Name des Sozialamtes, Unfallversicherungsträgers, Versorgungsamtes oder des ausländischen Leistungsträgers

[Grid for name of authority]

Straße

Nr.

[Grid for street name]

[Grid for house number]

PLZ

Ort

[Grid for postal code]

[Grid for location]

Land (nur bei ausländischem Leistungsträger anzugeben)

[Grid for country]

Ich habe Anspruch auf Beihilfe nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder freie Heilfürsorge

Nein Ja, durch

Name der Beihilfestelle

[Grid for name of institution]

Straße

Nr.

[Grid for street name]

[Grid for house number]

PLZ

Ort

[Grid for postal code]

[Grid for location]

Der behandelnde Arzt oder die behandelnde Ärztin ist*

Vorname des Hausarztes/der Hausärztin oder des Facharztes/der Fachärztin

[Grid for first name]

Name des Hausarztes/der Hausärztin oder des Facharztes/der Fachärztin

[Grid for last name]

Straße

Nr.

[Grid for street name]

[Grid for house number]

PLZ

Ort

[Grid for postal code]

[Grid for location]

Angaben über eine Betreuung oder Bevollmächtigung

Ich habe eine/n gesetzliche/n Betreuer/in

nein ja

Falls noch nicht vorliegend, bitte Betreuerurkunde/Vollmacht beilegen.

Ich habe eine/n Bevollmächtigte/n

nein ja

Vorname

[Grid for first name]

Name

[Grid for last name]

Straße

Nr.

[Grid for street name]

[Grid for house number]

PLZ

Ort

[Grid for postal code]

[Grid for location]

Telefon-Nummer*

[Grid for phone number]

Erläuterungen zum Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung

Neuantrag oder Höherstufung des Pflegegrades oder Änderungen der Pflegeleistung

Kennzeichnen Sie uns bitte die Art des Antrages.

- **Neuantrag:** Eine Pflegeleistung wird erstmals beantragt **oder**
- **Änderung des Pflegegrades:** z. B. Beantragung eines höheren Pflegegrades
- **Änderung der Pflegeleistung:** Sie möchten z. B. die Änderung von einer Geldleistung in eine Geld- und Sachleistung beantragen oder z. B. von der häuslichen Pflege zur stationären Pflege. Bitte den Beginn der Änderung angeben.

Persönliche Daten

Haben Sie Ihre persönlichen Daten und Ihre Anschrift korrekt eingetragen?

Telefonnummer

Mit einer Telefonnummer können wir bei Fragen zügig reagieren und eine schnelle Bearbeitung gewährleisten. Sie können auch eine Telefonnummer Ihrer/Ihres Angehörigen angeben.

Die Pflege wird zurzeit in einem anderen Haushalt durchgeführt

Bitte geben Sie an, wenn die Pflege nicht bei Ihnen zu Hause durchgeführt werden soll. Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) wird Sie dann unter dieser Adresse besuchen.

Welche Pflegeleistungen werden beantragt?

Sie können zwischen folgenden Leistungen wählen:

- in der **häuslichen** Pflege Sachleistungen **und/oder** Geldleistungen **und/oder** Tages- oder Nachtpflege,
- dauerhafte Pflege in einer **vollstationären** Pflegeeinrichtung (bitte den voraussichtlichen Beginn eintragen),
- dauerhafte Pflege in einer Einrichtung der Hilfe für behinderte Menschen (bitte den voraussichtlichen Beginn eintragen).

Informationen zu den Leistungsarten/-formen erhalten Sie in den Broschüren oder im Internet unter: www.aok.de/sa in der Rubrik Pflege oder in einem unserer Kundencenter der AOK Sachsen-Anhalt.

Durch wen wird die Pflege durchgeführt?

- in einer vollstationären Einrichtung, durch einen Pflegedienst, durch eine Tages- oder Nachtpflegeeinrichtung?
Dann geben Sie bitte den Namen und die Anschrift der Pflegeeinrichtung, der Tages- oder Nachtpflegeeinrichtung an.
- durch eine Pflegeperson?
Bitte geben Sie für Fragen die persönlichen Daten Ihrer Pflegeperson an.

Kennzeichnen Sie bitte, wenn Ihre Pflegeperson gegenüber ihrem Arbeitgeber angekündigt hat, die Pflegezeit oder die Familienpflegezeit in Anspruch zu nehmen.

Leistungen der Palliativversorgung

Kennzeichnen Sie bitte, wenn Leistungen in einem Hospiz oder Leistungen der ambulanten Palliativversorgung ärztlich verordnet wurden.

Andere Pflegeleistungen

Erhalten Sie bereits Pflegeleistungen oder haben Sie Leistungen beantragt (wenn ja, bitte eine Kopie des Bescheides beifügen).

- von der Unfallversicherung (z. B. aufgrund eines Arbeitsunfalls oder einer Berufskrankheit)
- von sonstigen Stellen (z. B. vom Versorgungsamt, u. a. bei Kriegsschäden oder Leistungen für Opfer von Gewalttaten) oder der Beihilfestelle (bei Ansprüchen aufgrund beamtenrechtlicher Vorschriften)
- vom Sozialamt (z. B. aufgrund finanzieller Bedürftigkeit)
- von ausländischen Leistungsträgern

Behandelnder Arzt

Der MDK benötigt zur Abfrage von ärztlichen Unterlagen und Informationen den Namen und die Anschrift Ihres/Ihrer behandelnden Hausarztes/Hausärztin oder Facharztes/Fachärztin.

Angaben über eine Betreuung oder Bevollmächtigung

Wenn Sie eine/n gesetzlich bestellte/n **Betreuer/in** oder eine/n **Bevollmächtigte/n** haben, geben Sie bitte den Namen und die vollständige Anschrift an. Fügen Sie bitte eine Kopie der Betreuerurkunde bzw. Vollmacht bei, wenn Sie erstmalig einen Antrag auf Pflegeleistungen stellen oder wenn Sie einer anderen Person eine Vollmacht erteilt haben.

Wenn Sie häusliche Pflegeleistungen beantragen:

Ist Ihre Bankverbindung für die Überweisung des Pflegegeldes korrekt angegeben? Bitte teilen Sie uns die IBAN-Nummer und den Namen des Geldinstitutes mit. Soll das Pflegegeld auf das Konto einer anderen Person überwiesen werden, geben Sie bitte außerdem die persönlichen Daten des Kontoinhabers an.

Besuchstermin durch den MDK

Wenn zur Begutachtung durch den MDK eine weitere Person, z. B. Ihre Pflegeperson, Ihr/e Betreuer/in oder Bevollmächtigte/r anwesend sein soll, geben Sie bitte dessen persönliche Daten an.

Unterschrift

Haben Sie mit Ihrer persönlichen Unterschrift oder der Unterschrift des/der Betreuers/Betreuerin bzw. des/der Bevollmächtigten den Antrag vervollständigt? Den ausgefüllten Pflegeantrag können Sie persönlich in Ihrem AOK-Kundencenter abgeben oder mit der Post zu uns senden. Die Ausfüllhilfe verbleibt bei Ihnen.

Anschrift:

Pflegekasse bei der AOK Sachsen-Anhalt
39084 Magdeburg