

Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung

1/2

Versichertennummer

Diese finden Sie auf Ihrer Gesundheitskarte

Bitte geben Sie Ihre Telefonnummer für eventuelle Fragen an:

Vorversicherungszeit

Ich bin durchgehend seit mindestens zwei Jahren bei der Daimler Pflegekasse versichert

Ja Nein, ich war von bis bei folgender Pflegekasse versichert:

Name, Anschrift (Straße Hausnummer, PLZ Ort)

Beantragte Leistung

- Sachleistungen (Pflegeeinsätze durch Sozialstation) Geldleistungen (Pflegegeld)
 Kombinationsleistungen (Kombination von Geld- und Sachleistungen) Höherstufung

Pflegeleistungen durch Sozialstation (Nur ausfüllen, wenn Sachleistungen oder Kombinationsleistungen beantragt werden)

Die Pflegeeinsätze werden von folgender Sozialstation/Institution durchgeführt:

Name Telefon*

Anschrift (Straße Hausnummer, PLZ Ort)

Geldleistung (Nur ausfüllen, wenn Pflegegeld oder Kombinationsleistung beantragt wird)

Überweisen Sie das Geld bitte auf folgendes Konto:

Kontoinhaber/-in Name Vorname Geldinstitut

IBAN BIC

Angaben zur Pflegeperson

Folgende Person übernimmt im Haushalt/in der Familie die notwendige Grundpflege und die hauswirtschaftliche Versorgung:

Name Vorname Telefon*

Anschrift (Straße Hausnummer, PLZ Ort)

Die Pflege wird durchgeführt seit:

Meine Pflegeperson hat mit ihrem Arbeitgeber eine Pflegezeit nach dem Pflegezeitgesetz vereinbart

Nein Ja, bitte Namen und Anschrift angeben:

Name Anschrift (Straße Hausnummer, PLZ Ort)

*Die Nennung der Telefonnummer ist freiwillig.

Lesen Sie bitte auf dem zweiten Blatt weiter.

Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung

2/2

Versichertennummer
Diese finden Sie auf Ihrer Gesundheitskarte

Ich erhalte bereits Pflegegeld oder eine vergleichbare Leistung von (bitte Bescheide beifügen)

der Unfallversicherung dem Sozialamt sonstiger Institution _____

Es bestehen Beihilfeansprüche?

Nein Ja, Versorgungsstelle _____

Mein behandelnder Arzt ist:

Name Vorname Telefon*

Anschrift (Straße Hausnummer, PLZ Ort)

Der behandelnde Arzt und die betreuenden Pflegekräfte dürfen dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung ärztliche Berichte, Gutachten und Befunddokumentationen zur Verfügung stellen, soweit sie für die Begutachtung der Pflegebedürftigkeit erforderlich sind.

Ja, damit bin ich einverstanden
 Nein, damit bin ich nicht einverstanden; Nachteile bei der Leistungserbringung (§ 66 SGB I) nehme ich in Kauf

Hilfebedarf besteht im Bereich

Körperpflege Ernährung Bewegung Sonstiges _____

Besteht der Verdacht auf eine Demenz oder liegt bereits Demenz vor?

Nein Ja

Gibt es Probleme/Schwierigkeiten bei der Pflege?

Nein Ja Wenn ja, welche? _____

Als Bevollmächtigte/-r/Betreuer/-in wurde eingesetzt bzw. bestimmt

Name Vorname Telefon*

Anschrift (Straße Hausnummer, PLZ Ort)

Kopie der Betreuungsurkunde/Vollmacht ist beigelegt
 Kopie der Betreuungsurkunde/Vollmacht liegt Ihnen vor

Datum

Unterschrift Antragsteller/-in

*Die Nennung der Telefonnummer ist freiwillig.

Hinweis: Ihre persönlichen Daten (Sozialdaten) benötigen wir, um unsere Aufgaben für Sie ordnungsgemäß erledigen zu können. Nach § 94 Sozialgesetzbuch (SGB) XI in Verbindung mit § 60 SGB I sind wir berechtigt, die Daten zu erheben und Sie zur Mitwirkung verpflichtet. Ihre Angaben werden vertraulich behandelt und unterliegen dem Datenschutz. Weitere Informationen zum Datenschutz und Ihre Rechte nach der EU-Datenschutz-Grundverordnung finden Sie auf unserer Homepage www.daimler-bkk.com, Webcode 139.