



# Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung

Damit es für Sie schneller geht, lesen wir Ihren Antrag elektronisch ein.

Deshalb unsere Bitte an Sie:

Bitte füllen Sie die Kästchen in DRUCKBUCHSTABEN aus und unterschreiben Sie.

Erst-/Neuantrag

Höherstufung des Pflegegrades

Änderungen der Pflegeleistung ab (TTMMJJJJ):

\_\_\_\_\_ 2 0 \_\_\_\_\_

## Meine persönlichen Daten

Vorname

\_\_\_\_\_

Name

\_\_\_\_\_

Straße

Nr.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

PLZ

Ort

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

geboren am (TTMMJJJJ):

Versichertennummer

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Telefonnummer\*

\_\_\_\_\_

## Ich beantrage folgende Leistungen (bitte entsprechende Kästchen mit „X“ markieren):

**Pflegesachleistungen** (durch Pflegekräfte von ambulanten Pflegediensten)  
Bei Nichtausschöpfen wird anteiliges Pflegegeld gezahlt

**Pflegegeld** (für eine private Pflegeperson, z.B. Familienangehörige)

**Tages- oder Nachtpflege** (stundenweise Versorgung in einer teilstationären Pflegeeinrichtung zur Ergänzung der häuslichen Pflege)

Dauerhafte Pflege in einer **vollstationären Pflegeeinrichtung** ab: \_\_\_\_\_

Pauschalleistungen für die Pflege von Menschen mit Behinderungen, ab: \_\_\_\_\_



Vorname Name:

KV-Nr.:

**Bitte überweisen Sie das Pflegegeld auf folgende Bankverbindung**

IBAN

Grid for IBAN entry

BIC (SWIFT)

Grid for BIC (SWIFT) entry

Name des Geldinstituts

Grid for Name des Geldinstituts entry

**Name und Anschrift des Kontoinhabers, falls abweichend vom Antragsteller**

Vorname

Grid for Vorname entry

Name

Grid for Name entry

Straße

Nr.

Grid for Straße entry

Grid for Nr. entry

PLZ

Ort

Grid for PLZ entry

Grid for Ort entry

**Die Pflege wird zurzeit in einem anderen Haushalt durchgeführt**

Ja, bitte angeben

Vorname

Grid for Vorname entry

Name

Grid for Name entry

Straße

Nr.

Grid for Straße entry

Grid for Nr. entry

PLZ

Ort

Grid for PLZ entry

Grid for Ort entry

Telefonnummer\*

Grid for Telefonnummer\* entry

**Die Pflege wird von einer vollstationären Pflegeeinrichtung, einem Pflegedienst oder einer Einrichtung für behinderte Menschen durchgeführt**

Name der Pflegeeinrichtung/des Pflegedienstes

Grid for Name der Pflegeeinrichtung/des Pflegedienstes entry

Straße

Nr.

Grid for Straße entry

Grid for Nr. entry

PLZ

Ort

Grid for PLZ entry

Grid for Ort entry



### Die Pflege wird von einer Tages- oder Nachtpflegeeinrichtung durchgeführt

Name der Tages- oder Nachtpflegeeinrichtung

Straße															Nr.				
PLZ										Ort									

### Die Pflege wird von einer privaten Pflegeperson durchgeführt

Vorname

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Name

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Straße

Nr.

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

PLZ

Ort

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

geboren am (TTMMJJJJ):

--	--	--	--	--	--	--	--

Telefonnummer\*

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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

### Ich erhalte bereits Pflegeleistungen oder habe Pflegeleistungen beantragt

bitte ankreuzen, wenn es zutrifft

Leistungen in einem Hospiz

 ja

Leistungen im Rahmen der ambulanten Palliativversorgung

 ja

bitte ankreuzen, wenn es zutrifft und eine Kopie des Bescheides beifügen

Arbeitsunfall/Berufskrankheit

 ja

Versorgungsleiden/Kriegsschaden/Wehrdienstschaden/Pflegezulage

 ja

Ausländischer Leistungsträger

 ja

Sonstige

 ja \_\_\_\_\_

Vorname Name:

KV-Nr.:

Name des Unfallversicherungsträgers, Versorgungsamtes oder des ausländischen Leistungsträgers

--	--

Straße

Nr.

--	--

PLZ

Ort

--	--

Land (nur bei ausländischem Leistungsträger anzugeben)

--

### Ich habe Anspruch auf Beihilfe nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder freie Heilfürsorge

Ja, durch

Name der Beihilfestelle

--	--

Straße

Nr.

--	--

PLZ

Ort

--	--

### Der behandelnde Arzt oder die behandelnde Ärztin ist\*

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

--

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

--

Straße

Nr.

--	--

PLZ

Ort

--	--

### Angaben über eine Betreuung oder Bevollmächtigung

Ich habe eine/n gesetzliche/n Betreuer/in

ja

Ich habe eine/n Bevollmächtigte/n

ja

Falls noch nicht vorliegend, bitte Betreuerurkunde/Vollmacht in Kopie beilegen.

Vorname

--

Name

--

Straße

Nr.

--	--

PLZ

Ort

--	--

Telefonnummer\*

--



### Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung

Sie können gern den Besuchstermin durch den/die Gutachter/in des Medizinischen Dienstes (MD) mit einer Ihnen vertrauten Person absprechen lassen. Dazu benötigen wir und der MD Ihr Einverständnis. Bitte kreuzen Sie unbedingt die entsprechenden Kästchen an.

Der MD darf folgende Person - auch unter der angegebenen Telefonnummer - zusätzlich zu meinem/r Betreuer/in bzw. meinem/r Bevollmächtigten zur Terminabsprache kontaktieren.

Der MD darf auch die folgende Person im Rahmen der Begutachtung befragen.

Der MD darf meine/n behandelnde/n Arzt/Ärztin in die Begutachtung einbeziehen, indem er Auskünfte und Unterlagen über Vorerkrankungen sowie Art, Umfang und Dauer der Hilfebedürftigkeit einholt, um die Pflegebedürftigkeit zu beurteilen.

Pflegeperson     Betreuer/in     Bevollmächtigte/r     Sonstige Person

Vorname

Name

Straße

Nr.

PLZ

Ort

Telefonnummer\*

2 0

Datum (TTMMJJJJ)

**Senden Sie den ausgefüllten Antrag bitte zurück an:**

Pflegekasse bei der AOK Sachsen-Anhalt  
39084 Magdeburg



## 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 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 Angabe ist freiwillig und kann jederzeit widerrufen werden.

### 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 (MD) 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](http://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 MD

Wenn zur Begutachtung durch den MD 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 Ausföhlhilfe verbleibt bei Ihnen.

Anschrift:

**Pflegekasse bei der AOK Sachsen-Anhalt  
39084 Magdeburg**

