Absender:
Name, Vorname Straße Nr. Postleitzahl Ort

AOK – Die Gesundheitskasse
für Niedersachsen
Servicezentrum Name Ihres AOK-Servicezentrums
Straße des Servicezentrums
PLZ und Ort des Servicezentrums

Datum

Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung

Guten Tag,

den "Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung" habe ich unterschrieben beigefügt.

Mit freundlichen Grüßen

_____
Unterschrift

Anlage

AOK - Die Gesundheitskasse
für Niedersachsen
Online-Formularservice

Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung

Eingangsstempel

☐ **Erstantrag**

☐ **Änderung der Pflegestufe (Höherstufung)**

☐ **Änderung der Pflegeleistung ab** _____

Name und Vorname des Antragstellers _____ Geburtsdatum _____

PLZ _____ Ort _____

Straße _____

Versicherungsnummer Versichertennummer _____ Telefonnummer** _____

Ich beantrage hiermit folgende Leistungen:

☐ **Pflegesachleistung**
(z. B. durch eine Pflegekraft eines Pflegedienstes)

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

☐ **Kombinationsleistung**
(Pflegesachleistung und Pflegegeld)

☐ **Tages- oder Nachtpflege**
(teilstationäre Pflegeeinrichtungen)

☐ **Vollstationäre Pflege,**
da eine Pflege im häuslichen Bereich nicht möglich ist

☐ **Vollstationäre Pflege in Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen**

● **Die Pflege wird durchgeführt von Angehörigen / Bekannten** ☐ nein ☐ ja bitte angeben

1. Pflegeperson, Name und Anschrift

Name, Vorname _____ Geburtsdatum _____

PLZ _____ Ort _____

Straße _____ Telefonnummer** _____

2. Pflegeperson, Name und Anschrift

Name, Vorname _____ Geburtsdatum _____

PLZ _____ Ort _____

Straße _____ Telefonnummer** _____

Name, Vorname

** Diese Angaben sind freiwillig; sie dienen der Beschleunigung des Antragsverfahrens.

Name, Vorname

Versichertennummer

Versicherungsnummer

● **Die Pflege wird durchgeführt von einem Pflegedienst / Pflegeheim / Behinderteneinrichtung**

☐ nein ☐ ja bitte angeben

Name und Anschrift des Pflegedienstes, des Pflegeheimes bzw. der Behinderteneinrichtung

Name

PLZ Ort

Straße seit / geplant ab

● **Ursachen der Pflegebedürftigkeit:**

Arbeitsunfall / Berufskrankheit	☐ nein	☐ ja
Versorgungsleiden / Kriegsschaden / Wehrdienstschaden	☐ nein	☐ ja
sonstiger Schaden (z. B. Unfall, Behandlungsfehler, Geburtsschaden)	☐ nein	☐ ja

● **Ich erhalte bereits / habe beantragt Pflegeleistungen**

Sozialamt	☐ nein	☐ ja*	☐ beantragt, bitte angeben
ausländischer Leistungsträger	☐ nein	☐ ja*	☐ beantragt, bitte angeben
sonstiger Stellen z. B. Unfallversicherungsträger / Versorgungsamt	☐ nein	☐ ja*	☐ beantragt, bitte angeben

* Bitte eine Bescheinigung über die Höhe der Leistungen oder eine Kopie des Bescheides beifügen.

Name, Anschrift und Aktenzeichen des Sozialamtes, des ausländischen Trägers, des Unfallversicherungsträgers bzw. des Versorgungsamtes

Name

PLZ Ort

Straße Aktenzeichen

● **Ich habe Anspruch auf Beihilfe nach beamtenrechtlichen Vorschriften / Heilfürsorge, da**

ich im öffentlichen Dienst beschäftigt bin / war	☐ nein	☐ ja
ich eine Hinterbliebenenversorgung aus einem öffentlich-rechtlichen Dienstverhältnis meines Ehegatten / eines Elternteils erhalte	☐ nein	☐ ja
mein Ehegatte / ein Elternteil im öffentlichen Dienst beschäftigt ist / war	☐ nein	☐ ja

Name, Anschrift und Aktenzeichen der Beihilfestelle

Name

PLZ Ort

Straße Aktenzeichen

** Diese Angaben sind freiwillig; sie dienen der Beschleunigung des Antragsverfahrens.

Name, Vorname

Versichertennummer

Versicherungsnummer

● **Ich bitte, das beantragte Pflegegeld zu zahlen:**

☐ auf mein **eigenes** Konto ☐ auf ein **anderes** Konto

IBAN BIC

Name des Geldinstitutes

Name und Anschrift des Kontoinhabers, falls abweichend vom Pflegebedürftigen

Name, Vorname

PLZ Ort

Straße

● **Angaben zum Hausarzt bzw. behandelnden Arzt:**

Name und Anschrift des Hausarztes bzw. behandelnden Arztes

Name, Vorname

PLZ Ort

Straße Telefonnummer**

● **Einwilligungserklärung zur Information des Arztes:**

Ich bin damit einverstanden, dass die Pflegekasse bei Bedarf das Pflegegutachten / Ergebnis der Begutachtung an meinen oben genannten Arzt übermittelt.

☐ nein ☐ ja

Die Erteilung Ihres Einverständnisses erfolgt freiwillig und kann jederzeit schriftlich widerrufen werden. Fehlt Ihr Einverständnis, führt dies nicht zu Nachteilen bei der Leistungsgewährung.

● **Angaben über eine amtlich bestellte Betreuung / einen Bevollmächtigten**

die Betreuung wurde beantragt ☐ nein ☐ ja

Ich habe einen gesetzlichen Betreuer / einen Bevollmächtigten ☐ nein ☐ ja*

* Kopie des Betreuungsausweises / Vollmacht beifügen!

Name und Anschrift des Betreuers / Bevollmächtigten

Name, Vorname

PLZ Ort

Straße Telefonnummer**

** Diese Angaben sind freiwillig; sie dienen der Beschleunigung des Antragsverfahrens.

Name, Vorname

Versichertennummer

Versicherungsnummer

Einwilligungserklärung (§ 18 Abs. 4 SGB XI)**

Ich bin damit einverstanden, dass der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK)

- meinen behandelnden Arzt in die Begutachtung einbezieht,
- ärztliche Auskünfte und Unterlagen über die für die Begutachtung der Pflegebedürftigkeit, wichtige Vorerkrankungen sowie Art, Umfang und Dauer der Hilfebedürftigkeit einholt,
- die mich pflegenden Angehörigen oder sonstige Personen oder Dienste, die an meiner Pflege beteiligt sind, befragt.

Insoweit entbinde ich die genannten Personen bzw. Stellen von ihrer Schweigepflicht.

Ort und Datum — Unterschrift des Versicherten / Betreuers / Bevollmächtigten / gesetzlichen Vertreters

☐ Ich bitte den MDK, den Termin nicht mit mir, sondern meinem Betreuer / Bevollmächtigten abzustimmen.

- **Die Pflege wird zur Zeit nicht in meinem, sondern in einem anderen Haushalt durchgeführt**

☐ nein ☐ ja

Name und Anschrift

Name, Vorname

PLZ — Ort

Straße — Telefonnummer**

Erklärung

Ich verpflichte mich, jede Änderung der Verhältnisse, die einen Einfluss auf die Leistungen der sozialen Pflegeversicherung haben, **unverzüglich** der Pflegekasse mitzuteilen. Diese sind z. B. Änderung der Pflegeperson, Umzug in ein Pflegeheim, Hinzunahme eines Pflegedienstes, Änderung der Bankverbindung, Änderung des Gesundheitszustandes (Besserung / Verschlechterung) und Beantragung oder Bezug von Beihilfe- oder Versorgungsleistungen.

Ich versichere, dass ich die Angaben in diesem Antrag wahrheitsgemäß nach bestem Wissen und Gewissen gemacht habe.

Ort und Datum — Unterschrift des Versicherten / Betreuers / Bevollmächtigten / gesetzlichen Vertreters

Dieser Antrag wurde von o. a. Betreuer / Bevollmächtigten ausgefüllt und unterschrieben ☐ ja ☐ nein

Datenschutzhinweis (§ 67a Abs. 3 SGB X): Damit wir Ihren Antrag auf Pflegeleistungen bearbeiten können, ist Ihr Mitwirken nach §§ 7, 28 SGB XI, § 60 SGB I erforderlich. Ihre Daten sind im vorliegenden Falle aufgrund § 94 SGB XI zu erheben. Fehlt Ihre Mitwirkung, kann dies zu Nachteilen (z. B. bei den Leistungsansprüchen §§ 36 - 44 SGB XI) führen. Liegt ein Beihilfeanspruch vor und sind rentenversicherungspflichtige Pflegepersonen (§ 44 Abs. 5 SGB XI) vorhanden, werden diese an die Beihilfestelle zur Aufnahme der Beitragszahlung gemeldet.

** Diese Angaben sind freiwillig; sie dienen der Beschleunigung des Antragsverfahrens