

## Ohne Formulare geht es leider nicht

In der für Sie sicher nicht leichten Situation können Sie sich auf die SBK verlassen. Wir möchten schnell und unbürokratisch helfen. Dennoch können wir nicht ganz auf den „Papierkram“ verzichten.

Bitte füllen Sie daher den Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung aus.

### **Noch ein Hinweis zur Pflegereform:**

Personen, deren Alltagskompetenz, zum Beispiel durch eine Demenzerkrankung, eingeschränkt ist, können durch die Pflegereform nun deutlich höhere zusätzliche Betreuungsleistungen in Anspruch nehmen. Diese erhalten auch Pflegebedürftige, deren täglicher Hilfebedarf für die Pflegestufe I noch nicht ausreicht (Pflegestufe 0). Wenn Sie die zusätzlichen Betreuungsleistungen beantragen möchten, kreuzen Sie dies einfach im beiliegenden Antrag an.

SBK  
Postfach 20 17 65  
80017 München

## Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung

Name, Vorname des Versicherten Geburtsdatum

Straße, Hausnummer

PLZ Ort

Telefon KV-Nr.

Abweichende Kontaktadresse (Name, Anschrift, Telefonnummer)

### Bankverbindung:

Geldinstitut Bankleitzahl

Kontoinhaber Kontonummer

### Angaben über eine gesetzliche Betreuung zur pflegerischen Versorgung

Ich habe einen gesetzlichen Betreuer  Nein  Ja

Die Betreuung wurde beantragt  Nein  Ja

Name, Vorname, Adresse des Betreuers Telefon

Siefern noch nicht geschehen: Bitte schicken Sie uns eine Kopie des Betreuerbeschlusses/-ausweises.

**Erstantrag**  **Höherstufungsantrag**

### Leistungen bei der häuslichen Pflege

Sachleistung  Geldleistung  Kombinationsleistung  Zusätzliche Betreuungsleistungen

### Die häusliche Pflege wird durchgeführt von:

Name und Anschrift des Pflegedienstes

Name und Anschrift der 1. Pflegeperson (bei Geld- oder Kombinationsleistung)

Name und Anschrift der 2. Pflegeperson (bei Geld- oder Kombinationsleistung)

### Leistungen bei der stationären Pflege

Vollstationäre Pflege ab  (Tag der Heimaufnahme) in

Name und Adresse der Pflegeeinrichtung

### Hilfebedarf besteht im Bereich der

Ernährung  Körperpflege  Bewegung  Sonstiges

### Der behandelnde Arzt ist

Name und Adresse des Arztes

### Die Pflegebedürftigkeit ist Folge einer / eines

Arbeitsunfalls/Berufskrankheit  Nein  Ja

Kriegsbeschädigung oder anerkannten Leiden  
nach dem Soldatenversorgungsgesetz  Nein  Ja

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

Nein  Ja    
Name und Anschrift der Dienststelle/Beihilfestelle Aktenzeichen

Hinweis: nach § 44 Abs. 5 SGB XI sind wir verpflichtet Angaben, die die Aufnahme der Beitragszahlung für eine ggf. rentenversicherungspflichtige Pflegeperson ermöglichen, an die Dienststelle/Beihilfestelle weiterzuleiten.

### Ich erhalte bereits Pflegeleistungen von anderer Stelle (z.B. Pflegezulage nach dem BVG, Hauspflege / Pflegegeld der Unfallversicherung)

Nein  Ja   
Art der Leistung

Versorgungsamt, Berufsgenossenschaft, Unfallversicherung Aktenzeichen

**Bitte helfen Sie uns! Teilen Sie uns jede Änderung der Pflegesituation (z.B. Aufnahme ins Pflegeheim, Mitpflege eines Pflegedienstes, Wechsel der Pflegeperson) mit.**

**Ich bin damit einverstanden, dass der SBK-Pflegekasse bzw. dem Medizinischen Dienst vorhandene ärztliche Berichte, Gutachten und Befunde zur Einsichtnahme zur Verfügung gestellt werden.**

Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift des Versicherten \_\_\_\_\_

Datenschutzhinweis: Die Daten werden aufgrund des § 7 Abs. 2 SGB XI i.V. mit § 60 SGB I erhoben und sind zur rechtmäßigen Erfüllung unserer gesetzlichen Aufgaben nach dem Pflegeversicherungsgesetz erforderlich.