

Beziehen Sie schon Pflegeleistungen bei der DAK-Gesundheit-PFLEGEKASSE, dann entfallen diese Angaben.

Ich erhalte bereits Pflegeleistungen von (bitte entsprechenden Bescheid beifügen)

- dem Sozialamt der Unfallversicherung dem Versorgungsamt einem ausländischen Leistungsträger

Wurde für Sie ein gesetzlicher Betreuer bestellt oder haben Sie jemanden bevollmächtigt?

- nein
 ja (bitte Namen/Anschrift des Betreuers/Bevollmächtigten angeben; Kopie des Betreuerausweises bzw. der Vollmacht beifügen):

Name		Vorname	
Straße		Hausnummer	
PLZ	Ort	Vorwahl	Rufnummer

Haben Sie Anspruch auf Beihilfe?

- nein
 ja (bitte Namen/Anschrift der Beihilfestelle angeben und Bescheid beifügen):

Name			
Straße		Hausnummer	
PLZ	Ort	Vorwahl	Rufnummer

Bitte angeben, wenn die/der Pflegebedürftige **keinen eigenen** Beihilfeanspruch hat, sondern lediglich als Familienangehörige(r) beihilfeberechtigt ist:

Name, Vorname der beihilfeberechtigten Person

Ist die Pflegebedürftigkeit Folge eines Unfalls, Wehrdienstschadens, anerkannten Versorgungsleidens, einer Berufskrankheit oder sonstiger Schädigung? (Bitte entsprechenden Bescheid beifügen) ja nein

Mein Hausarzt bzw. behandelnder Arzt ist:

Name		Vorname	
Straße		Hausnummer	
PLZ	Ort	Vorwahl	Rufnummer

Einverständniserklärung / Unterschrift

- Ich bin damit einverstanden, dass mein behandelnder Arzt vorhandene ärztliche Berichte, Gutachten und Befunddokumentationen dem medizinischen Dienst der Krankenversicherung zur Verfügung stellt, soweit sie für die Begutachtung der Pflegebedürftigkeit erforderlich sind.

Wir weisen darauf hin, dass andere Sozialleistungsträger zur Prüfung ihrer Leistungspflicht berechtigt sind, Gutachten des Medizinischen Dienstes und andere ärztliche Gutachten bei der DAK-Gesundheit anzufordern. Sie können einer Übermittlung dieser Unterlagen gemäß § 76 Abs. 2 Nr. 1 SGB X widersprechen. Informieren Sie uns bitte umgehend, wenn Sie von diesem Recht Gebrauch machen wollen.

Informieren Sie uns bitte auch, wenn sich hinsichtlich der von Ihnen gemachten Angaben Änderungen ergeben oder wenn sich Ihr derzeitiger Hilfebedarf ändert.

Ort, Datum

Unterschrift des Versicherten oder des Betreuers/ Bevollmächtigten
(nur in Verbindung mit einer Kopie des Betreuerausweises oder Vollmacht möglich)

Datenschutzhinweis: Diese Daten werden nach § 60 SGB I in Verbindung mit § 94 SGB XI erhoben.