

Bitte senden an:

PFLEGEKASSE

Telefonische Erreichbarkeit:
040 32532555

Antrag auf vollstationäre Pflege/Pflege in einer Einrichtung für behinderte Menschen

Aufnahmedatum

Persönliche Angaben zum Pflegebedürftigen

Name, Vorname

Geburtsdatum

Krankenversicherten-Nr.

Anschrift

Vorwahl

Rufnummer

Angaben zur vollstationären Pflege

Vollstationäre Pflege ist erforderlich wegen:

- des Fehlens der Pflegeperson
- drohender Überforderung der Pflegeperson
- drohender Verwahrlosung / Eigen- und Fremdgefährdungstendenzen des Pflegebedürftigen
- räumlicher Gegebenheiten im häuslichen Bereich, die keine häusliche Pflege ermöglichen und durch Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes nicht verbessert werden können
- anderer oder weiterer Gründe:

Ich bitte um Unterstützung bei der Suche **eines Pflegeheimes**

Ich habe mich bereits für **ein Pflegeheim entschieden:**

Name des Pflegeheims

Straße

Hausnummer

PLZ

Ort

Vorwahl

Rufnummer

Pflege in einer vollstationären Einrichtung der Hilfe für behinderte Menschen

Name der Einrichtung

Straße

Hausnummer

PLZ

Ort

Vorwahl

Rufnummer

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.