

Antrag auf Einstufung in einen Pflegegrad

Senden an Pflegekasse (Name und Adresse)

Der Antrag wird gestellt von:

- Der pflegebedürftigen Person selbst
- Einer bevollmächtigten Person
- Einer gesetzlichen Betreuungsperson

1. Daten der pflegebedürftigen Person

Ansprache

Geburtsdatum

Versichertennummer

Vor- und Nachname

Anschrift (Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)

E-Mail (für Rückfragen)*

Telefon (für Rückfragen)*

*nur, wenn die antragstellende Person auch die pflegebedürftige Person ist

2. Daten der antragstellenden Person

Eine Vollmacht oder Betreuungsverfügung wird in Kopie beigefügt

Ansprache

Geburtsdatum

Vor- und Nachname

Anschrift (Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)

E-Mail (für Rückfragen)

Telefon (für Rückfragen)

Antrag auf Einstufung in einen Pflegegrad

3. Daten der Hauptpflegeperson (falls es sich nicht um die antragstellende Person handelt)

Ansprache

Geburtsdatum

Vor- und Nachname

Anschrift (Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)

4. Kriterien für die Absicherung der Pflegeperson (bitte vollständig ausfüllen)

Besteht zwischen der pflegebedürftigen Person und der Pflegeperson ein Verwandtschafts- oder ein Schwägerungsverhältnis bis zum zweiten Grad? Ja Nein

Lebt die pflegebedürftige Person mit der Pflegeperson in einem Haushalt? Ja Nein

Wurde die Pflege in den letzten 6 Monaten durch eine private Pflegeperson erbracht? Ja Nein

Die Pflege wird mindestens 10 Stunden pro Woche verteilt auf mindestens zwei Tage durchgeführt (relevant für die soziale Sicherung der Pflegeperson) Ja Nein

Die Pflegeperson ist hauptberuflich maximal 30 Stunden pro Woche tätig Ja Nein

5. Wer führt die Pflege durch?

Die bereits genannte Pflegeperson

Eine weitere, zusätzliche Pflegeperson

Ein Pflegeheim (Name, Anschrift, Ansprechpartner/in, Telefonnummer)

Sozialstation oder Pflegedienst (Name, Anschrift, Ansprechpartner/in, Telefonnummer)

Eine Einrichtung für Menschen mit Behinderung (Name, Anschrift, Ansprechpartner/in, Telefonnummer)

Antrag auf Einstufung in einen Pflegegrad

6. Grund der Pflegebedürftigkeit

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Arbeitsunfall | <input type="checkbox"/> Berufskrankheit |
| <input type="checkbox"/> Versorgungsleiden/ Kriegsschaden/
Wehrdienstschaden | <input type="checkbox"/> Sonstiger Grund (Unfall, Behandlungsfehler,
Geburtsschaden, Krankheit, Alter) |
-

7. Aktueller Erhalt von Leistungen

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> von der Unfallversicherung | <input type="checkbox"/> vom Versorgungsamt
(Fügen Sie den Anerkennungsbescheid vom
Versorgungsamt bei) |
| <input type="checkbox"/> von ausländischen Leistungsträgern | <input type="checkbox"/> vom Sozialhilfeträger |
| <input type="checkbox"/> von anderen Leistungsträgern | |

Anschrift des Leistungsträgers (Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)

8. Anspruch auf Beihilfe oder Heilfürsorge nach beamtenrechtlichen Vorschriften

- Ja, weil
- ich Beamter bin/war mein/e Ehepartner/in Beamte/r ist/
war ein Elternteil Beamter oder
Beamtin ist/war
(nur bei pflegebedürftigen Kindern)

Name und Anschrift der Beihilfestelle (Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)

- Nein, ich habe keinen Anspruch auf Beihilfe

Antrag auf Einstufung in einen Pflegegrad

9. Die Pflege soll durch folgende Leistung sichergestellt werden (Hier nur eine Auswahlmöglichkeit)

- Durch **Pflegesachleistung** für die häusliche Pflege durch einen Vertragspartner der Pflegekasse bspw. durch eine Sozialstation oder einen Pflegedienst
- Durch **Pflegegeld** (somit in Form einer Geldleistung, weil häusliche Pflege in geeignetem Maße und in geeigneter Weise durch eine Pflegeperson, die selbst beschafft wird, sichergestellt werden kann)
- Durch eine **Kombinationsleistung** (aus Pflegesachleistung und Pflegegeld)
- Durch **vollstationäre Pflege**, Betreuung und Aktivierung in stationären Pflegeeinrichtungen
- Durch eine **Pauschalleistung** für die Pflege von Menschen mit Behinderungen
- Durch **Tages-/Nachtpflege**

*Kann jederzeit bei der Pflegekasse geändert werden.

10. Daten des Hausarztes/der Hausärztin

Ansprache

Vor- und Nachname

Anschrift (Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)

11. Pflegebegutachtung durch den Medizinischen Dienst (MD)

Damit die Begutachtung durch den Medizinischen Dienst (MD) im Rahmen eines Besuches bei Ihnen reibungslos organisiert werden kann, bitten wir um nachfolgende Angaben

- Ich stehe in folgendem Zeitraum für eine Begutachtung zur Feststellung eines Pflegegrades nicht zur Verfügung.

Zeitraum, wann Sie nicht zur Verfügung stehen

Antrag auf Einstufung in einen Pflegegrad

12. Konto, auf welches die Leistung überwiesen werden soll

- Auf das Konto der pflegebedürftigen Person
- Auf das Konto der Pflegeperson
(Fügen Sie bitte eine Abtretungserklärung bei)

Ansprache Vor- und Nachname

Name (Geldinstitut) IBAN BIC

Anschrift Geldinstitut (Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)

13. Besteht eine weitere Vollmacht oder eine gesetzliche Betreuung?

- Nein, es besteht keine
- Ja, es besteht eine Vollmacht* gesetzliche Betreuung*

Ansprache Vor- und Nachname Telefonnummer

Anschrift (Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)

*Bitte fügen Sie Vollmachten oder eine Betreuungsverfügung in Kopie bei.

Bitte nutzen Sie für die Kontaktaufnahme die Daten aus: Punkt 1 Punkt 2

Unterschrift des Antragstellers/der Antragsstellerin

Ort, Datum Unterschrift

Name Antragsteller/in (In Druckbuchstaben)

Antrag auf Einstufung in einen Pflegegrad

Erklärungen zum Antrag¹

Entbindung von der Schweigepflicht:

Hiermit entbinde ich den unten aufgeführten Arzt, aufgeführte Institutionen und genannte Pflegepersonen, die an der Pflege beteiligt sind, gegenüber dem Medizinischen Dienst (MD) und allen Personen, die mit der Prüfung des Antrags auf Pflegeleistungen befasst sind, von der Schweigepflicht. Des Weiteren bitte und ermächtige ich die aufgeführten beteiligten Personen und Institutionen auf Verlangen dem MD und/oder den von der Pflegekasse beauftragten Gutachter/innen, die sich in ihrem Besitz befindlichen Befunde vorzulegen. Falls ich in diese Erklärung nicht einwillige, entstehen mir dadurch keine Nachteile. Sie dient lediglich der Beschleunigung der Antragsbearbeitung.

Daten des Arztes/der Ärztin:

siehe Punkt 10

Ich stimme zu

Andere/r (Arzt, Therapeut, Krankenhaus)

Ja

Nein

Ich nehme zur Kenntnis, dass die Daten über meine Gesundheit, die dem Versorgungsamt mit diesem Verfahren nach dem SGB IX zugänglich gemacht worden sind, auch

- anderen Sozialleistungsträgern für deren gesetzliche Aufgaben, die im Zusammenhang mit einer Begutachtung wegen der Erbringung von Sozialleistungen oder wegen der Ausstellung einer Bescheinigung sowie
- den Gerichten der Sozialgerichtsbarkeit und
- dem MD

übermittelt werden dürfen (§ 69 Abs. 1 Nr. 1 und 2 in Verbindung mit § 76 Abs. 2 SGB X). Der Übermittlung kann ich jederzeit widersprechen. Ich verpflichte mich, jede Änderung der Verhältnisse, die einen Einfluss auf die Leistungen der sozialen Pflegeversicherung haben, unverzüglich der Pflegekasse mitzuteilen. Dies ist z. B. Umzug in ein Pflegeheim, Hinzunahme eines Pflegedienstes, Änderung der Bankverbindung, Änderung des Gesundheitszustandes (Besserung/Verschlechterung) und Beantragung oder Bezug von Beihilfe- oder Versorgungsleistungen.

Ich verpflichte mich, überzahlte Beträge unverzüglich an die Pflegekasse zurückzuzahlen. Ebenso beauftrage ich gleichzeitig das jeweils kontoführende Geldinstitut mit Wirkung auch meinen Erben gegenüber, überzahlte Beträge der Pflegekasse zurückzuzahlen.

Ich bin damit einverstanden, dass das anteilige Pflegegeld im Rahmen der Kombinationsleistung rückwirkend nach Begleichung der Rechnung des Pflegedienstes durch die Pflegekasse, jeden Monat individuell berechnet und auf das angegebene Konto überwiesen wird.

Datenschutzhinweis:

Damit wir Ihren Antrag auf Pflegeleistungen bearbeiten können, ist Ihr Mitwirken nach §§ 7, 28 und 28a 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 Leistungsansprüchen nach §§ 36 - 44 SGB XI) führen. Der Nutzung der Daten können Sie jederzeit widersprechen. Die Verarbeitung der Sozialdaten erfolgt im Rahmen der § 67b ff SGB X. Ihre Daten werden ausschließlich im Rahmen der uns obliegenden gesetzlichen Verpflichtung an Dritte (z. B. Medizinischer Dienst, Gutachter, andere Sozialleistungsträger) übermittelt. Eine darüber hinausgehende Übermittlung der Daten an Dritte erfolgt nicht. Benötigen Sie weitere Informationen zum Thema Datenschutz, fragen Sie bei der Pflegekasse nach.

Ort, Datum

Unterschrift

Name Antragsteller/in (In Druckbuchstaben)