Pflegekasse der AOK PLUS –
Die Gesundheitskasse für Sachsen und Thüringen

AOK PLUS Die Gesundheitskasse für Sachsen und Thüringen.

Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung

☐ **Erstantrag**

☐ **Einstufung in einen höheren Pflegegrad**

Eingangsstempel

☐ **Änderung der Pflegeleistung ab:** ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐

Antragsdatum ☐☐ ☐☐ 2 0 ☐☐

....
Name, Vorname der **Pflegebedürftigen** Geburtsdatum

PLZ: ..... Ort: .....

Strasse:..... Telefonnummer: .....

Versichertennummer: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Ich habe einen Betreuer ☐nein ☐ ja (bitte Kopie des Betreuerausweises beifügen)
Ich habe einen Bevollmächtigten ☐nein ☐ ja (bitte Vollmacht beifügen)

Name, Vorname:.....

PLZ: ..... Ort: .....

Strasse:..... Telefonnummer: .....

Ich beantrage hiermit folgende Leistungen:

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

☒ **Kombinationsleistung** (Pflegesachleistung und Pflegegeld)

☐ **Pflegesachleistung** (Leistungserbringung durch einen Pflegedienst/Sozialstation

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

☐ **Dauerhafte Pflege in einem Pflegeheim,** weil ☐ Pflege in der Häuslichkeit nicht mehr möglich ist
☐ keine Pflegeperson vorhanden ist

☐ **Dauerhafte Pflege in einer Einrichtung für behinderte Menschen** (Wohnheim, Außenwohngruppe)

☐ **Antrag auf Pflegezeit** bitte zusätzlich ankreuzen, **gilt nur** für Pflegepersonen die zur Pflege ihrer Angehörigen eine Freistellung von der Arbeit/Berufstätigkeit bis zu 6 Monaten beantragen wollen

Die Pflege wird durchgeführt von Ehegatten/Angehörigen*/Bekannten

☐ nein ☐ja * bitte Verwandtschaftsverhältnis angeben:.....

.....
Name, Vorname der **Pflegeperson** Geburtsdatum

PLZ: ..... Ort: .....

Strasse:..... Telefonnummer:.....

Die Pflege wird zurzeit nicht im Haushalt des Pflegebedürftigen durchgeführt

Anschrift:.....

PF02911-08/2016

Die Pflege wird durchgeführt von einem Pflegedienst/Pflegeheim/Behinderteneinrichtung

Ambulanter Pflegedienst zu Hause
Zehm und Brauner GbR | Jahnstraße 53, 02943 Weißwasser
Telefon +49 3576 21 97 92 | Fax +49 3576 21 98 67

JK: 461422989

.....

Name des **Pflegedienstes, des Pflegeheimes bzw. der Behinderteneinrichtung**

....

Anschrift Datum seit wann (geplant ab)

Ursachen der Pflegebedürftigkeit:

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

Ich habe beantragt/erhalte bereits Pflegeleistungen

☐ nein ☐ ja, vom
- ☐ Sozialamt
- ☐ Unfallversicherungsträger
- ☐ Versorgungsamt
- ☐ sonstige Leistungsträger: .....

☐ **Bescheide sind beigefügt** ☐ **Bescheide werden nachgereicht**

Ich habe Anspruch auf Beihilfe nach beamtenrechtlichen Vorschriften/Heilfürsorge

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

Angaben zum Hausarzt bzw. behandelnden Arzt:

.....

Name, Vorname **des behandelnden Arztes**

Anschrift: .....

Für die Überweisung des Pflegegeldes ist die Angabe Ihrer Bankverbindung unbedingt erforderlich:

IBAN | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

BIC | | | | | | | | | | |

Name des Geldinstitutes: .....

Name und Anschrift des Kontoinhabers, falls abweichend vom Pflegebedürftigen

Name, Vorname: .....

PLZ: ..... Ort: ..... Strasse: .....

Bestätigung/Unterschrift des Pflegebedürftigen

Einwilligungserklärung (§ 18 Abs. 4 Sozialgesetzbuch Elftes Buch (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. Ich versichere, dass ich die Angaben in diesem Antrag wahrheitsgemäß nach bestem Wissen und Gewissen gemacht habe.

Ort, Datum Unterschrift des Versicherten/Betreuers/Bevollmächtigten/gesetzlichen Vertreters

Hinweis zum Datenschutz (§ 67a Absatz 3 Sozialgesetzbuch Zehntes Buch (SGB X)): Damit wir Ihren Antrag auf Pflegeleistungen bearbeiten können, ist Ihr Mitwirken nach §§ 7, 28 Sozialgesetzbuch Elftes Buch (SGB XI), § 60 Sozialgesetzbuch Erstes Buch (SGB I) erforderlich. Ihre Daten sind im vorliegenden Fall aufgrund § 94 SGB XI zu erheben. Fehlt die Mitwirkung, kann dies zu Nachteilen (z. B. bei den Leistungsansprüchen §§ 36 - 44 SGB XI) führen.