

DAK-Gesundheit Postzentrum, 22778 Hamburg

**Pflegekasse**  
**Postanschrift** DAK-Gesundheit Postzentrum  
 22778 Hamburg  
**Telekontakt** Telefon: 03573 365220  
 24 Stunden an 365 Tagen  
 Telefax: 03573 36522-7130  
 E-Mail: service723600@dak.de  
**Internet** www.dak.de  
**persönlicher Kontakt** Am Neumarkt 2 - 4  
 01968 Senftenberg  
**Mo, Di** 09:00 - 16:00 Uhr  
**Mi, Fr** 09:00 - 13:00 Uhr  
**Do** 09:00 - 17:00 Uhr  
**unser Zeichen** 723601-95500-He  
**IK** 101560000  
**Datum** 28.01.2014

### Antrag auf ambulante/teilstationäre Leistungen der Pflegeversicherung

#### Persönliche Angaben zum Pflegebedürftigen

Name, Vorname	Geburtsdatum	Krankenversicherer-Nr.
Anschrift	Vorwahl	Rufnummer

#### Bankverbindung

IBAN		BIC
Konto-Nr.	Bankleitzahl (BLZ)	Geldinstitut
Kontoinhaber (falls abweichend)		

- Ich bitte um Pflegeberatung
- Ich beantrage hiermit folgende **Pflegeleistungen**:
- |  |                                     |  |   |  |
|--|-------------------------------------|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Sachleistung<br>(amb. Pflegedienst) | <input type="checkbox"/> Pflegegeld | <input type="checkbox"/> Tages- und<br>Nachtpflege | <input checked="" type="checkbox"/> Kombinationsleistung aus: | <input checked="" type="checkbox"/> Sachleistung |
|  |                                     |  |   | <input type="checkbox"/> Tages- und Nachtpflege  |
|  |                                     |  |   | <input checked="" type="checkbox"/> Pflegegeld   |

#### Wer führt die Pflege durch?

- Ambulanter Pflegedienst**
- Ich bitte um Unterstützung bei der Suche einer ambulanten Pflegeeinrichtung
- Ich habe mich bereits für die Inanspruchnahme eines Vertragspartners der DAK-Gesundheit-PFLEGEKASSE entschieden:  
Die Pflegeeinsätze werden geleistet von:

Name des Pflegedienstes **Ambulanter Pflegedienst zu Hause** JK: 461 422 989

Straße rehm und Klauer GbK | Jahnstraße 53, 03043 Weißwasser  
Telefon: +49 3576 21 97 92 | Fax +49 3576 21 98 67 Hausnummer

PLZ Ort Vorwahl Rufnummer

Mein Hausarzt bzw. behandelnder Arzt ist:

Name		Vorname	
Straße			Hausnummer
PLZ	Ort	Vorwahl	Rufnummer

Ich bitte um Zusendung des Pflegegutachtens

**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.

DAK-Gesundheit Postzentrum  
22778 Hamburg

