



Unternehmen Leben

DAK-Gesundheit Postzentrum, 22778 Hamburg

Postanschrift Pflegekasse
DAK-Gesundheit Postzentrum
22778 Hamburg

Telekontakt Telefon: 03576 218330
24 Stunden an 365 Tagen
Telefax: 03576 21833-7150
E-Mail: service724300@dak.de

Internet www.dak.de
persönlicher Kontakt Muskauer Str. 72
02943 Weißwasser

Mo, Di 09:00 - 12:00 und 14:00 - 16:00 Uhr
Do 09:00 - 12:00 und 14:00 - 17:00 Uhr
Fr 09:00 - 12:00 Uhr

unser Zeichen 724302-95500-PET
IK 101560000
Datum 26.04.2012

Antrag auf zusätzliche Pflegeleistungen

Allgemeine Angaben zum Pflegebedürftigen

Name, Vorname	Geburtsdatum	Krankenversicherten-Nr.
Anschrift	Vorwahl	Rufnummer

Angaben zur Ersatzpflege bei Verhinderung der Pflegeperson

Ich beantrage die Übernahme der Kosten für eine Ersatzkraft, weil die bisherige Pflegeperson verhindert ist.

Die bisherige Pflegeperson Name, Anschrift

ist verhindert wegen

Krankheit Erholungsurlaub stundenweise Verhinderung für die Zeit vom Datum bis Datum

Während der Abwesenheit der bisherigen Pflegeperson soll die Pflege erbracht werden

in meinem Haushalt nicht in meinem Haushalt

durch eine stationäre Pflegeeinrichtung

durch einen professionellen Pflegedienst

durch eine Privatperson: Verwandter

Sonstige Privatperson

Verwandtschaftsgrad

z.B. Nachbar, Bekannter...

Name dieser Pflegeeinrichtung / dieses Pflegedienstes / dieser Privatperson

Pflegedienst zu Hause JK: 461 422 989

Strasse Hausnummer

PLZ Ort Vorwahl Rufnummer

Nur beantworten, wenn Ersatzpflege zum ersten Mal beantragt wird:

Ich werde in meinem Haushalt gepflegt seit Datum

In den letzten 6 Monaten war die Pflege unterbrochen nein

ja, vom Datum bis Datum wegen bitte Grund abgeben

bitte weiter auf der Rückseite

Angaben zur Kurzzeitpflege

Ich beantrage die Kurzzeitpflege, da meine Pflege vorübergehend aus folgendem Grund nicht in meinem Haushalt durchgeführt werden kann:

- wegen Krankheit wegen einer sonstigen Krisensituation im Anschluss an eine stationäre Behandlung

für die Zeit vom

Datum

 bis

Datum

Ich bitte um Vermittlung einer Kurzzeitpflegeeinrichtung

Während der Abwesenheit der bisherigen Pflegeperson bzw. im Anschluss an einen stationäre Behandlung soll die häusliche Pflege in folgender Kurzzeitpflegeeinrichtung erbracht werden:

Name der Pflegeeinrichtung	
Straße	
Hausnummer	
PLZ	Ort

Im laufenden Kalenderjahr wurde bereits Kurzzeitpflege beansprucht vom

Datum

 bis

Datum

Pflegehilfsmittel

zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel (Kostenübernahme möglich bis 31,00 € je Kalendermonat)
Ich benötige folgende zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel (z. B. Einmalhandschuhe, Krankenunterlagen Desinfektionsmittel)

Art des Pflegehilfsmittels

technische Pflegehilfsmittel (z. B. Hilfen zum An- und Auskleiden, zur Nahrungsaufnahme, für den hygienischen Bereich)

Art des Pflegehilfsmittels

Individuelle wohnumfeldverbessernde Maßnahmen

Zuschuss für Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes des Pflegebedürftigen (z. B. Verbreiterung von Türen, Einbau einer Dusche oder eines Treppenliftes)

Art der Maßnahme

Meine eigenen monatlichen Bruttoeinkünfte zum Lebensunterhalt betragen:
€

Es liegt eine anerkannte Behinderung nach dem Schwerbehindertenrecht (§ 2 SGB IX) vor:

nein ja

Leistungsträger

Aktenzeichen

zusätzliche Betreuungsleistungen

Ich beantrage zusätzliche Betreuungsleistungen

Unterschrift

Ort, Datum

Unterschrift des Versicherten/ Betreuers/ Bevollmächtigten

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