

Name des Versicherten Pflegebedürftigen
Geburtsdatum
Versichertennummer
Anschrift

## Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung

Art der Leistungen

--

Die Pflege wird durchgeführt von

Von	Bis

Hilfebedarf besteht im Bereich

<input checked="" type="checkbox"/> Ernährung,	<input checked="" type="checkbox"/> Körperpflege,
<input checked="" type="checkbox"/> Bewegung,	<input checked="" type="checkbox"/> sonstiges: psychosoziale Betreuung

Ich erhalte bereits Pflegegeld von

<input type="checkbox"/> einer Unfallversicherung, <input type="checkbox"/> dem Versorgungsamt, <input type="checkbox"/> Beihilfestelle
Name Anschrift / Aktenzeichen

Der behandelnde Arzt ist

--

Einwilligungserklärung:

Ich bin damit einverstanden, dass die Pflegekasse von dem oben genannten Arzt, Krankenhäusern und den mich betreuenden Pflegepersonen Unterlagen, Auskünfte, sowie in deren Besitz befindlichen Fremdbefunde anfordern kann, soweit diese für eine Begutachtung und die Entscheidung für meinen Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung erforderlich sind. Bei der Anforderung der genannten Unterlagen ist ausdrücklich darauf hinzuweisen, dass diese unmittelbar an den medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) zu übersenden sind. Insoweit entbinde ich die o.g. Personen und Stellen von der Schweigepflicht. Unterlagen, die ich der Pflegekasse zur Verfügung gestellt habe, dürfen an den MDK weiter gegeben werden

Bei diesem Antrag hat mitgewirkt:

---

Datum, Unterschrift d. Versicherten oder Bevollmächtigten