

### Antrag auf Leistungen der vollstationären Pflege

Name und Vorname des Pflegebedürftigen	Geburtsdatum, Krankenversicherungsnummer
Anschrift	Telefonnummer (Angabe freiwillig)

Ich beantrage ab \_\_\_\_\_ vollstationäre Pflege in folgender Einrichtung:

\_\_\_\_\_  
Name und Anschrift der Einrichtung

- auf Dauer oder  vorübergehend, weil
- keine Pflegeperson vorhanden ist.
  - die Bereitschaft möglicher Pflegepersonen zur Pflege fehlt.
  - meine Pflegeperson überfordert ist bzw. eine Überforderung droht.
  - die räumlichen Gegebenheiten im häuslichen Bereich keine häusliche Pflege ermöglichen (Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes durch Umbaumaßnahmen ist nicht möglich).

Sonstige Gründe:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- Bitte senden Sie mir Preisvergleichslisten von Pflegeheimen an meinem Ort zu.
- Ich habe bisher keine Leistungen aus der gesetzlichen Pflegeversicherung erhalten.
- Ich erhalte bereits seit \_\_\_\_\_ Leistungen aus der gesetzlichen Pflegeversicherung.
- Ich bin in der Pflegestufe  I /  II eingestuft und beantrage die Höherstufung zur Pflegestufe  II /  III.
- Ich bin in der Pflegestufe III eingestuft und beantrage die Härtefallregelung.

- Ich erhalte Pflegeleistungen  aus der gesetzlichen Unfallversicherung.  
 von einem Sozialhilfeträger \_\_\_\_\_.  
 von einem Versorgungsamt.  
 von sonstigen Stellen.

Besteht ein Beihilfeanspruch?

- Ja  Nein

Besteht Anspruch auf Blindengeld?

- Ja  Nein

Ich habe Anspruch auf Beihilfe nach beamtenrechtlichen Vorschriften durch:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Name des Hausarztes / Facharztes

\_\_\_\_\_  
Anschrift des Arztes, Telefon

Ich bin damit einverstanden, dass mein o. g. 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.

Falls Sie nicht damit einverstanden sind, streichen Sie diesen Abschnitt bitte durch. Sofern Sie die Einwilligung verweigern, kann dies zu Nachteilen bei der Leistungserbringung führen (§ 66 Sozialgesetzbuch I).

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift des Versicherten

**Datenschutzhinweis:** Diese Daten werden nach § 60 Sozialgesetzbuch I i. V. mit § 94 SGB XI erhoben. Die Übermittlung Ihrer Sozialdaten an Sozialhilfeträger (vgl. §§ 12, 28 SGB I) ist zulässig, sofern Sie dem nicht widersprechen und diese Stellen die Angaben für die Erfüllung ihrer gesetzlichen Aufgaben benötigen (§ 69 SGB X i. V. mit § 76 SGB X).