

Versichertennummer

Pflegeperson 2, Name und Anschrift

Name, Vorname der Pflegeperson Geburtsdatum

Anschrift

Tagsüber telefonisch erreichbar unter (Angaben freiwillig)

Ich bin damit einverstanden, dass das Ergebnis der MDK-Begutachtung telefonisch mit der oben genannten Pflegeperson besprochen wird Ja Nein

● Die Pflege wird zurzeit in einem anderen Haushalt durchgeführt:

Name, Vorname

Anschrift

Tagsüber telefonisch erreichbar unter (Angaben freiwillig)

● Die Pflege wird von einem Pflegedienst durchgeführt:

Name und Anschrift des Pflegedienstes

Name

Straße Haus-Nr.

PLZ Ort

Falls bekannt Institutionskennzeichen der Pflegeeinrichtung

● Die Pflege wird in einer Tages- oder Nachtpflegeeinrichtung durchgeführt:

Name und Anschrift der teilstationären Pflegeeinrichtung (Tages- oder Nachtpflege)

Name

Straße Haus-Nr.

PLZ Ort

Falls bekannt Institutionskennzeichen der Pflegeeinrichtung

● Angaben über eine amtlich bestellte Betreuung/einen Bevollmächtigten:

Ich habe eine(n) gesetzliche(n) Betreuer(in) ja*

Ich habe eine(n) Bevollmächtigte(n) ja*

* **Bitte beachten:** Sofern uns die Betreuung noch nicht angezeigt wurde, fügen Sie uns bitte eine Kopie vom Betreuerbeschluss/-ausweis bzw. der Vollmacht bei.

Versichertennummer

● **Name und Anschrift des Hausarztes bzw. behandelnden Arztes**

Name, Vorname

Anschrift

● **Der Termin für den Hausbesuch durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) soll folgenden Personen mitgeteilt werden:**

Betreuer Bevollmächtigten Pflegeperson

● **Ich erhalte bereits Pflegeleistungen bzw. habe Pflegeleistungen beantragt**

ausländischer Leistungsträger	<input type="checkbox"/> ja*	<input type="checkbox"/> beantragt
Unfallversicherungsträger	<input type="checkbox"/> ja*	<input type="checkbox"/> beantragt
Versorgungsamt	<input type="checkbox"/> ja*	<input type="checkbox"/> beantragt

* Bitte eine Bescheinigung über die Höhe der Leistungen oder eine Kopie des Bescheides beifügen.

Name, Anschrift und Aktenzeichen des ausländischen Trägers, des Unfallversicherungsträgers bzw. des Versorgungsamtes

Name

Anschrift

Aktenzeichen

● **Ich habe Anspruch auf Beihilfe nach beihilferechtlichen Vorschriften/Heilfürsorge, da**

ich im öffentlichen Dienst oder bei einem Arbeitgeber, der sich an die Beihilfevorschriften im öffentlichen Dienst anlehnt, beschäftigt bin/war	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
ich eine Hinterbliebenenversorgung aus einem öffentlich-rechtlichen Dienstverhältnis meines Ehegatten/eines Elternteils erhalte	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
mein Ehegatte/ein Elternteil im öffentlichen Dienst beschäftigt ist/war	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja

Name, Anschrift und Aktenzeichen der Beihilfestelle

Name

Anschrift

Aktenzeichen

● **Ich bin damit einverstanden, dass der MDK:**

- meinen behandelnden Arzt in die Begutachtung einbezieht,
- ärztliche Auskünfte und Unterlagen über die für die Begutachtung der Pflegebedürftigkeit wichtigen 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.

ja, nicht zutreffende Alternative(n) bitte ggf. streichen

nein

Insoweit entbinde ich die genannten Personen bzw. Stellen von ihrer Schweigepflicht.

Die Einwilligung ist freiwillig und kann jederzeit schriftlich widerrufen werden. Fehlt Ihre Einwilligung, wird der MDK diese, soweit erforderlich, im Rahmen des Begutachtungsverfahrens einholen.

Ich bin über das Antrags- und Begutachtungsverfahren sowie allgemein über den Inhalt der Leistungen aus der Pflegeversicherung (siehe Info-Blatt) informiert worden. Ich wurde darauf hingewiesen, dass ich bei Bedarf eine ausführliche Beratung (ggf. bei mir zu Hause) in Anspruch nehmen kann (sofern unzutreffend bitte streichen).

Ich verpflichte mich, Änderungen der Verhältnisse, die Einfluss auf die Leistungen der sozialen Pflegeversicherung haben, unverzüglich mitzuteilen. Dies sind z. B. Umzug in ein Pflegeheim, Hinzunahme eines Pflegedienstes, Änderung der Bankverbindung, Änderung des Gesundheitszustandes (Besserung oder Verschlechterung) und Beantragung oder Bezug von Beihilfe- oder Versorgungsleistungen. Ich versichere, dass ich die Angaben in diesem Antrag wahrheitsgemäß nach bestem Wissen und Gewissen gemacht habe. Ich bin damit einverstanden, dass die Pflegekasse bei der AOK Bayern überzahltes Pflegegeld beim jeweils kontoführenden Geldinstitut per Lastschrift einzieht. Die hierfür anfallenden Bankgebühren trägt die Pflegekasse. Die Einzugsermächtigung gilt auch gegenüber den Erben. Die Einzugsermächtigung kann jederzeit schriftlich widerrufen werden. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. Das Geldinstitut ist nicht zur Einlösung verpflichtet, wenn das Konto den erforderlichen Betrag nicht aufweist. Ihre Mandatsreferenznummer (SEPA-Lastschriftmandat) wird Ihnen vor dem Lastschrifteinzug in einer Vorankündigung mitgeteilt. Unsere Gläubiger-Identifikationsnummer lautet DE49AOK00000018487.

X

Datum

Unterschrift Versicherter/Betreuer(in)/Bevollmächtigte(r)/gesetzliche(r) Vertreter(in)

Datenschutzhinweis:

Damit wir Ihren Antrag auf Pflegeleistungen bearbeiten können, ist Ihr Mitwirken nach §§ 7, 28 SGB XI, § 60 SGB I erforderlich. Rechtsgrundlage für die Datenerhebung ist § 94 SGB XI. Fehlt Ihre Mitwirkung oder wird dieser Antrag nicht innerhalb eines Monats nach Zugang gestellt, kann sich dieses negativ auf Ihren Leistungsanspruch und dessen Beginn auswirken (vgl. § 33 Abs. 1 SGB XI i. V. m. §§ 60 Abs. 1 und 66 Abs. 1 SGB I). Die Angabe der Telefonnummer ist freiwillig. Liegt ein Beihilfeanspruch vor und sind rentenversicherungspflichtige Pflegepersonen (§ 44 Abs. 5 SGB XI) vorhanden, werden diese zur Aufnahme der Beitragszahlung an die Beihilfestelle gemeldet.

Wichtige Info zur Arbeitslosenversicherung:

Ab dem 01. Februar 2006 können sich Pflegepersonen, die einen Angehörigen mit Anspruch auf Leistungen der Pflegeversicherung in der Pflegestufe I, II oder III wenigstens 14 Stunden in der Woche pflegen, auf **Antrag** in der Arbeitslosenversicherung freiwillig weiterversichern. Voraussetzung ist u. a., dass vor Beginn der Pflgetätigkeit ein Versicherungsverhältnis in der Arbeitslosenversicherung bestand oder Leistungen der Arbeitslosenversicherung bezogen wurden. **Der Antrag muss spätestens innerhalb von drei Monaten nach Aufnahme der Pflgetätigkeit gestellt werden.** Falls Sie dazu noch weitere Informationen wünschen, wenden Sie sich bitte an die für Ihren Wohnort zuständige Agentur für Arbeit.