

Bitte senden an:

Pflegekasse
 Telefonische Erreichbarkeit:
 040 325325555

Antrag auf ambulante/teilstationäre Leistungen der Pflegeversicherung

Persönliche Angaben zum Pflegebedürftigen

Name, Vorname	Geburtsdatum	Krankenversicherten-Nr.
Anschrift	Telefonnummer	

Bankverbindung

IBAN	BIC (nur für Auslandsüberweisungen)
Geldinstitut	Kontoinhaber (falls abweichend)

Tag der Krankenhausentlassung: _____

Ich befand mich in der Kurzzeitpflege: vom _____ bis _____

- Ich beantrage hiermit folgende **Pflegeleistungen**:
- Pflegegeld
 - Sachleistung (ambulanter Pflegedienst)
 - Kombinationsleistung aus:
 - Sachleistung (ambulanter Pflegedienst)
 - Angebote zur Unterstützung im Alltag (ambulante Pflegedienste oder andere zugelassene Anbieter)
 - Pflegegeld
 - Tages- und Nachtpflege (teilstationäre Pflegeeinrichtung)
 - Vollstationäre Pflege

Wer führt die Pflege durch?

Pflegegeld
 Die private Pflegeperson ist:

Name	Vorname
Straße	Hausnummer
Postleitzahl und Ort	Telefonnummer

- Bei der privaten Pflegekraft handelt es sich um eine angestellte 24-Stunden Pflegekraft.
- Meine Pflegeperson beabsichtigt Freistellung nach dem Pflegezeitgesetz in Anspruch zu nehmen.

bitte wenden

Pflegesachleistung

-
- Ich habe mich bereits für die Inanspruchnahme eines Vertragspartners der DAK-Gesundheit-Pflegekasse entschieden:

Die Pflegeeinsätze werden geleistet von:

Name des Pflegedienstes

Straße

Hausnummer

Postleitzahl und Ort

Telefonnummer

Falls Sie Unterstützung bei der Suche nach einem Leistungserbringer benötigen, melden Sie sich gerne bei uns und wir helfen bei der Suche. Sie erreichen unsere Kundenberatung telefonisch unter 040 325 325 555.

 Anbieter von Angeboten zur Unterstützung im Alltag

-
- Ich habe mich bereits für einen zugelassenen Anbieter entschieden:

Name des Anbieters

Straße

Hausnummer

Postleitzahl und Ort

Telefonnummer

Falls Sie Unterstützung bei der Suche nach einem entsprechenden Anbieter benötigen, melden Sie sich gerne bei uns und wir helfen bei der Suche. Sie erreichen unsere Kundenberatung telefonisch unter 040 325 325 555.

 Tages- und Nachtpflege (teilstationäre Pflege)

-
- Ich habe mich bereits für die Inanspruchnahme der folgenden Vertragseinrichtung entschieden:

Name der Vertragseinrichtung

Straße

Hausnummer

Postleitzahl und Ort

Telefonnummer

Falls Sie Unterstützung bei der Suche nach einer Tages- und Nachtpflegeeinrichtung benötigen, melden Sie sich gerne bei uns und wir helfen bei der Suche. Sie erreichen unsere Kundenberatung telefonisch unter 040 325 325 555.

 Ambulant betreute Wohngruppe

Name der Präsenzkraft

Name der Einrichtung

Straße

Hausnummer

Postleitzahl und Ort

Telefonnummer

Vollstationäre Pflege Ich habe mich bereits für ein Pflegeheim entschieden:

Name der Einrichtung

Aufnahmetag in dieser Einrichtung

Anschrift der Pflegeeinrichtung

Für Rückfragen erreichbar (Name und Telefonnummer von Angehörigen, Angabe ist freiwillig)

Falls Sie Unterstützung bei der Suche nach einem Pflegeheim benötigen, melden Sie sich gerne bei uns und wir helfen bei der Suche. Sie erreichen unsere Kundenberatung telefonisch unter 040 325 325 555.

Wurde für Sie ein gesetzlicher Betreuer bestellt oder haben Sie jemanden bevollmächtigt? nein ja (Bitte geben Sie Namen/Anschrift des Betreuers/Bevollmächtigten an. Sofern der DAK-Gesundheit noch keine Kopie des Betreuerausweises bzw. der Vollmacht vorliegt, fügen Sie diese bitte bei):

Name

Vorname

Straße

Hausnummer

Postleitzahl und Ort

Telefonnummer

Ich erhalte bereits Pflegeleistungen von (bitte entsprechenden Bescheid beifügen)

- dem Sozialamt der Unfallversicherung dem Versorgungsamt
- einem ausländischen Leistungsträger
- mit der Übermittlung des vorliegenden Gutachtens inklusive Angaben zu gewährten Leistungen an die DAK-Gesundheit erkläre ich mich einverstanden.

Ich habe Anspruch auf Beihilfe nach beamtenrechtlichen Vorschriften/Heilfürsorge, da

- ich im öffentlichen Dienst oder bei einem Arbeitgeber, der sich an die Beihilfavorschriften im öffentlichen Dienst anlehnt, beschäftigt bin/war
oder
- ich eine Hinterbliebenenversorgung aus einem öffentlich-rechtlichen Dienstverhältnis meines Ehegatten/eines Elternteils erhalte
oder
- mein Ehegatte/mein Elternteil im öffentlichen Dienst beschäftigt ist/war

Name der beihilfeberechtigten Person

Vorname der beihilfeberechtigten Person

- nein
- ja (Bitte fügen Sie eine Kopie des Bescheides bei):

Name, Anschrift und Aktenzeichen der Beihilfestelle

Ist die Pflegebedürftigkeit Folge eines Unfalls, Wehrdienstschadens, anerkannten Versorgungsleidens, einer Berufskrankheit oder sonstiger Schädigung? (Bitte entsprechenden Bescheid beifügen)

-
- nein
-
- ja

Mein Hausarzt bzw. behandelnder Arzt ist:

Name

Vorname

Straße

Hausnummer

Postleitzahl und Ort

Telefonnummer

Begutachtung: Terminvereinbarung durch den Medizinischen Dienst

- aus **zwingenden Gründen** ist eine Begutachtung am, oder von/bis nicht möglich

Einverständniserklärung / Unterschrift

Wir weisen Sie daraufhin, 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

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