

Absender

Bitte senden an:

Antrag auf vollstationäre Pflege
Aufnahmedatum: _____

- Bitte unterstützen Sie mich beim Finden **eines Pflegeheimes**.
 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)

Wurde für Sie ein gesetzlicher Betreuer bestellt oder haben Sie jemanden bevollmächtigt? ja nein

- ja (bitte Namen/Anschrift des Betreuers/Bevollmächtigten angeben;
Kopie des Betreuerausweises bzw. der Vollmacht beifügen):

Name

Vorname

Straße

Hausnummer

Postleitzahl und Ort

Telefonnummer

Ist Ihre Pflegebedürftigkeit die Folge eines/einer

- Arbeitsunfalls / Berufskrankheit? nein ja

Unfalltag

- privaten Unfalls? nein ja

Unfalltag

- anerkannten Versorgungsleidens? nein ja

(zum Beispiel Folgen von Kriegs-/Wehr-/Zivildienst oder Folge eines Impfschadens)

Ich erhalte bereits Pflegeleistungen von (bitte entsprechenden Bescheid beifügen)

- dem Sozialamt der Unfallversicherung dem Versorgungsamt
 einem ausländischen Leistungsträger

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

- ich im öffentlichen Dienst oder bei einem Arbeitgeber, der sich an die Beihilfevorschriften 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

Meine Ärztin bzw. Arzt ist:

Name

Vorname

Straße

Hausnummer

Postleitzahl und Ort

Telefonnummer

Einverständniserklärung / Unterschrift

- Ich bin damit einverstanden, dass meine Ärztin/mein Arzt vorhandene ärztliche Berichte, Gutachten und Befunddokumentationen dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung zur Verfügung stellt, soweit sie für die Begutachtung der Pflegebedürftigkeit erforderlich sind.

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 Sozialgesetzbuch Zehntes Buch (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/der Versicherten, des/der Betreuers/in oder Bevollmächtigten

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