

Antrag auf stationäre Leistungen der Pflegeversicherung

erstellt am

Nachname, Vorname der Versicherten	Geburtsdatum	Telefon-Nr.
Straße, Hausnummer		
Postleitzahl/Wohnort		KV-Nummer

<input type="checkbox"/> Erstantrag	<input type="checkbox"/> Höherstufungsantrag
--	---

Beantragt wird:		
stationäre Pflege		
<input type="checkbox"/> in einem Pflegeheim	<input type="checkbox"/> in einer Behinderteneinrichtung	(geplanter) Aufnahme-tag
Name des Pflegeheims/der Behinderteneinrichtung		Telefonnummer
Sofern ein Angehöriger oder eine sonstige Bezugsperson bei der Begutachtung im Pflegeheim anwesend sein möchte, sollte sich diese(r) wegen dem geplanten Termin unmittelbar mit der Heimverwaltung in Verbindung setzen.		

Ich erhalte bereits Pflegeleistungen von/Ich habe Ansprüche angemeldet bei		
<input type="checkbox"/> dem Versorgungsamt	<input type="checkbox"/> der Unfallversicherung	<input type="checkbox"/> Sonstigen Stellen
Ggf. Name des Trägers von dem die Leistung bezogen wird und sofern bekannt Aktenzeichen angeben		

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 und Anschrift der Beihilfestelle oder des Arbeitgebers		

Angaben über eine amtlich bestellte Betreuung/Bevollmächtigung:		
Ich habe einen gesetzlichen Betreuer	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja*
Die Betreuung wurde beantragt	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Ich habe einen Bevollmächtigten	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Nachname, Vorname Betreuerin/Betreuer/Bevollmächtigte(r)		Telefonnummer
* Sofern uns die Betreuung noch nicht angezeigt wurde, bitte eine Kopie vom Betreuerbeschluss/-ausweis der Vollmacht beifügen.		

Antrag auf stationäre Leistungen der Pflegeversicherung

Nachname, Vorname der Versicherten	Versicherungsnummer

Einwilligungserklärung für den Medizinischen Dienst (§ 18 Abs. 4 SGB XI)*

Ich bin damit einverstanden, dass der Medizinische Dienst (MD):

- 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.

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

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

Nein

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

Behandelnder Arzt:

Name und Anschrift des Hausarztes/Facharztes

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 meinen Erben. Die Einzugsermächtigung kann jederzeit schriftlich widerrufen werden. Das Geldinstitut ist nicht zur Einlösung verpflichtet, wenn das Konto den erforderlichen Betrag nicht aufweist.

Datenschutzhinweis (§ 67a Abs. 3 SGB X): Die Daten werden zur Erfüllung unserer Aufgaben nach § 94 Abs. 1 Nr. 3 und 4 SGB XI verarbeitet. Wir benötigen die Angaben für die Prüfung des Anspruchs auf Leistungen der stationären Pflege nach § 43 SGB XI. Empfänger Ihrer Daten ist der Medizinische Dienst. Ihr Mitwirken ist nach § 60 SGB I erforderlich. Fehlt Ihre Mitwirkung, kann über Ihren Anspruch auf Leistungen der stationären Pflege nicht entschieden werden (vgl. § 33 Abs. 1 SGB XI i. V. m. §§ 60 Abs. 1 und 66 Abs. 1 SGB I). Allgemeine Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten finden Sie unter www.aok.de/bayern/datenschutzrechte oder erhalten Sie in jeder AOK-Geschäftsstelle. Die Angabe der Telefonnummer ist freiwillig

Bitte zurück an:

AOK Bayern - Die Gesundheitskasse
Service-Center
92400 Amberg

Bei Rückfragen geben Sie bitte an:

So einfach geht's: Adressblatt zur Rücksendung und die notwendigen Unterlagen in einen Umschlag - schon ist alles auf dem Weg zu uns.

Sie sind bei der AOK Bayern versichert und möchten die Unterlagen digital einreichen?
Dann geht's noch schneller: Nutzen Sie unser Onlineportal „Meine AOK“ oder unsere Online-Fragebögen, um die Daten an uns zu senden. Mehr dazu unter: bayern.meine.aok.de

Absender: