Pflegekasse bei der
AOK PLUS – Die Gesundheitskasse
für Sachsen und Thüringen.

Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung

☐ **Erstantrag**

☐ **Einstufung in einen höheren Pflegegrad** *Eingangsstempel*

☐ **Änderung der Pflegeleistung ab:** ☐☐☐☐ 2 0 ☐☐

Antragsdatum: ☐☐☐☐ 2 0 ☐☐

.....
Name, Vorname des **Pflegebedürftigen**

.....
Geburtsdatum

PLZ: ..... Ort: .....

Straße: ..... Telefonnummer: .....

Versichertennummer: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Ich habe einen Betreuer ☐ nein ☐ ja*
Ich habe einen Bevollmächtigten ☐ nein ☐ ja*

· Wichtig! Bitte übersenden Sie uns zeitnah eine Kopie vom Betreuerbeschluss/-ausweis bzw. der Vollmacht, sofern uns die Betreuung oder Bevollmächtigung noch nicht angezeigt wurde.

Name, Vorname: .....

PLZ: ..... Ort: .....

Straße: ..... Telefonnummer: .....

Ich beantrage hiermit folgende Leistungen:

☐ **Pflegegeld** (für eine private Pflegeperson, z. B. Familienangehörige)

☐ **Kombinationsleistung** (Pflegesachleistung und Pflegegeld)

☐ **Pflegesachleistung** (Leistungserbringung durch einen Pflegedienst/Sozialstation)

☐ **Tages- oder Nachtpflege** (teilstationäre Pflegeeinrichtungen)

☐ **Dauerhafte Pflege in einem Pflegeheim**

☐ **Dauerhafte Pflege in einer Einrichtung für behinderte Menschen** (Wohnheim, Außenwohngruppe)

☐ **Antrag auf Pflegezeit** (Bitte zusätzlich ankreuzen - **gilt nur** für Pflegepersonen die zur Pflege ihrer Angehörigen eine Freistellung von der Arbeit/Berufstätigkeit bis zu 6 Monaten beantragen wollen.)

Name, Vorname

Versichertennummer

Die Pflege wird durchgeführt von Angehörigen/Bekannten ☐ **nein** ☐ **ja, bitte angeben**

Name, Vorname der **Pflegeperson** Geburtsdatum

PLZ: ..... Ort: .....

Straße: ..... Telefonnummer: .....

Die Pflege wird zurzeit nicht im Haushalt des Pflegebedürftigen durchgeführt ☐ **Ja, bitte angeben**

Name

Vorname

Straße Haus-Nr.

PLZ Ort

Telefonnummer

Die Pflege wird durchgeführt von einem Pflegedienst / Tages- oder Nachtpflegeeinrichtung / Pflegeheim / Behinderteneinrichtung

☐ **nein** ☐ **ja, bitte angeben**

Name und Anschrift des Pflegedienstes

Name **des Pflegedienstes**

Anschrift Datum seit wann (geplant ab)

Name und Anschrift des Pflegeheimes, der Tages- oder Nachtpflegeeinrichtung oder der Behinderteneinrichtung

Name **des Pflegeheimes der Tages- oder Nachtpflegeinrichtung bzw. der Behinderteneinrichtung**

Anschrift Datum seit wann (geplant ab)

Angaben zum Hausarzt bzw. behandelnden Arzt:

Name, Vorname **des behandelnden Arztes**

Anschrift: .....

Name, Vorname

Versichertennummer

Ich erhalte bereits Pflegeleistungen bzw. habe Pflegeleistungen beantragt

Sozialamt	☐ ja*/beantragt
Unfallversicherungsträger (Arbeitsunfall, Berufskrankheit)	☐ ja*/beantragt
Versorgungsamt (Impfschaden, Wehrdienstschaden usw.)	☐ ja*/beantragt
ausländischer Leistungsträger / Sonstiger Leistungsträger	☐ ja*/beantragt

Ich habe Anspruch auf Beihilfe nach beamtenrechtlichen Vorschriften/Heilfürsorge, weil ☐ ja*

- ich im öffentlichen Dienst beschäftigt bin/war
- ich eine Hinterbliebenenversorgung aus einem öffentlich-rechtlichen Dienstverhältnis meines Ehegatten/eines Elternteils erhalte
- mein Ehegatte/ein Elternteil im öffentlichen Dienst beschäftigt ist/war

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

Für die Überweisung der Pflegeleistungen ist die Angabe Ihrer Bankverbindung unbedingt erforderlich:

IBAN

Name und Anschrift des Kontoinhabers, falls abweichend vom Pflegebedürftigen

Name, Vorname: .....

PLZ: ..... Ort: .....

Straße: .....

Bestätigung/Unterschrift des Versicherten

Hinweis zum Datenschutz

Die Daten werden zur Erfüllung unserer Aufgaben nach § 94 Abs. 1 Sozialgesetzbuch Elftes Buch (SGB XI) zum Zweck der Bearbeitung Ihres Antrags auf Pflegeleistungen nach §§ 36 – 45b SGB XI erhoben und verarbeitet. Ihr Mitwirken ist nach § 60 Sozialgesetzbuch Erstes Buch (SGB I) erforderlich. Fehlende Mitwirkung kann zu Nachteilen (z. B. bei den Leistungsansprüchen §§ 36 – 45b SGB XI) führen. Mit der Prüfung, ob die Voraussetzungen der Pflegebedürftigkeit erfüllt sind und welcher Pflegegrad vorliegt beauftragt die Pflegekasse den Medizinischen Dienst (MD) gemäß § 18 Abs. 1 Sozialgesetzbuch Elftes Buch (SGB XI). Allgemeine Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten finden Sie unter aok.de/plus/datenschutzrechte.

Datum	Unterschrift des Versicherten/Betreuers/Bevollmächtigten/gesetzlichen Vertreters