

# Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung

Pflegekasse bei der  
AOK Sachsen-Anhalt  
Die Gesundheitskasse.

\_\_\_\_\_  
Name der Versicherten Vorname

\_\_\_\_\_  
Postleitzahl, Ort

\_\_\_\_\_  
Straße/Hausnummer

\_\_\_\_\_  
Telefon

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Versicherungsnummer

Erstantrag

Höherstufungsantrag

Leistungen bei häuslicher Pflege

Leistungen bei stationärer Pflege

Pflegezeit wurde beantragt

\_\_\_\_\_  
Bankleitzahl

\_\_\_\_\_  
Kreditinstitut

\_\_\_\_\_  
Kontonummer

\_\_\_\_\_  
Kontoinhaber(in)

**Geldleistung**

**Kombinationsleistung**

**Sachleistung** (bei Nichtausschöpfen soll anteiliges Pflegegeld gezahlt werden)

## Die häusliche Pflege wird durchgeführt von

\_\_\_\_\_  
Name der Pflegeperson (bei Geld- oder Kombinationsleistung), Geburtsdatum der Pflegeperson

\_\_\_\_\_  
Anschrift der Pflegeperson (bei Geld- oder Kombinationsleistung)

\_\_\_\_\_  
Angehörige/r (auch wenn keine Pflegeperson angegeben ist) mit vollständiger Anschrift

\_\_\_\_\_  
Name und Anschrift des Pflegedienstes (bei Sachleistung oder Kombinationsleistung)

## Die stationäre Pflege wird durchgeführt

\_\_\_\_\_  
Name des Heimes

\_\_\_\_\_  
Name der Kurzzeitpflege

\_\_\_\_\_  
Anschrift des Heimes

\_\_\_\_\_  
Anschrift der Kurzzeitpflege

\_\_\_\_\_  
Tag der Heimaufnahme

\_\_\_\_\_  
Beginn der Kurzzeitpflege

## Hilfebedarf besteht im Bereich

Ernährung

Körperpflege

Bewegung

sonstiges:

\_\_\_\_\_

Seit dem 01.01.1995 war ich bei folgenden Pflegekassen versichert

---

---

Ich erhalte bereits Pflegeleistungen  Ja  Nein

von der Unfallversicherung

vom Sozialamt

von sonstigen Stellen

(z.B. Versorgungsamt, Beihilfestelle)

### Der behandelnde Arzt ist

---

Name des Hausarztes/Facharztes

---

Anschrift des Arztes

**Gibt es für Sie einen Betreuer?**  Ja  Nein

---

gesetzlich bestellter Betreuer (Kopie des Betreuerausweises ist beizufügen) mit vollständiger Anschrift

**Haben Sie einer Person eine Vollmacht erteilt, die Ihre Angelegenheiten regelt?**

Ja  Nein

---

Bevollmächtigter (Kopie der Vollmacht ist beizufügen) mit vollständiger Anschrift

---

Datum, Unterschrift des Versicherten/des gesetzlich bestellten Betreuers

Ich bin damit einverstanden, dass dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung, im Auftrag der Pflegekasse, von o. g. Arzt vorhandene ärztliche Berichte, Gutachten und Befunddokumentationen zur Einsichtnahme zur Verfügung gestellt werden, soweit diese für die Begutachtung und Befunddokumentation zur Einsichtnahme zur Verfügung gestellt werden, soweit diese für die Begutachtung und Entscheidung über meinen Antrag auf Pflegeleistungen erforderlich sind.

---

Datum, Unterschrift des Versicherten/des gesetzlich bestellten Betreuers

Zu unserer gesetzlichen Aufgabenerfüllung ist Ihr Mitwirken erforderlich. Die dazu erforderlichen Daten erheben wir aufgrund des § 94 SGB XI i. V. m. § 50 Abs. 3 SGB XI.  
Zur Prüfung Ihrer Leistungsansprüche ist Ihre Mitwirkung dringend erforderlich. Dazu gehört u.a. das vollständige Ausfüllen dieses Antrages.

Sie haben gem. § 76 SGB X das Recht, der Übermittlung des erstellten medizinischen Gutachtens an andere Sozialleistungsträger zu widersprechen.

Vermerk der Pflegekasse bei der AOK Sachsen-Anhalt

---

Datum, Unterschrift

Persönliche Ausfüllhilfe zum Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung

für

<b>Anschrift</b> <b>Haben Sie Ihre Anschrift korrekt eingetragen?</b>
<b>Telefonnummer</b> Mit einer Telefonnummer können wir bei eventuellen Rückfragen zügig reagieren und eine schnelle Bearbeitung gewährleisten. Sie können auch eine Telefonnummer Ihrer/s Angehörigen angeben.
<b>Erstantrag oder Höherstufungsantrag</b> Kennzeichnen Sie uns bitte die Art des Antrages: <b>Erstantrag:</b> Beantragung einer erstmaligen Pflegestufe <b>oder</b> <b>Höherstufungsantrag:</b> Beantragung einer höheren Pflegestufe
<b>Häusliche Leistungen oder stationäre Leistungen?</b> Möchten Sie Leistungen bei häuslicher Pflege beantragen <b>oder</b> Leistungen bei stationärer Pflege? Bitte im Antrag ankreuzen!
<b>Hat Ihre Pflegeperson bei ihrem Arbeitgeber <b>Pflegezeit</b> beantragt?</b> Ihre Pflegeperson kann bei ihrem Arbeitgeber ( wenn dieser mindestens 15 Arbeitnehmer hat)eine Pflegezeit von bis zu 10 Tagen oder bis zu 6 Monaten beantragen, um Ihre Pflege sicherzustellen. Hierbei handelt es sich um eine unbezahlte Freistellung, die vorher schriftlich beim Arbeitgeber beantragt werden muss. Sofern Ihre Pflegeperson dies bei ihrem Arbeitgeber beantragt hat, bitte im Antrag ankreuzen!
<b>Wenn Sie häusliche Pflege wählen:</b> Ist Ihre Bankverbindung, für die Überweisung von Geldleistungen, korrekt angegeben?  Sie können zwischen folgenden drei Leistungsformen wählen: - <u>Geldleistung</u> - <u>Kombinationsleistung</u> - <u>Sachleistung</u> Informationen zu den Leistungsformen erhalten Sie in den Broschüren oder im Internet unter: <a href="http://www.aok.de/sa">www.aok.de/sa</a> in der Rubrik Pflege.  Bitte geben Sie für Rückfragen den Namen und die Anschrift eines/er Angehörigen an. Bei <u>Geldleistungen</u> geben Sie bitte den Namen und die Anschrift der Pflegeperson an. Bei <u>Kombinations- oder Sachleistungen</u> geben Sie bitte den Namen und die Anschrift der Pflegeperson <b>sowie</b> den Namen und die Anschrift des Pflegedienstes an.
<b>Wenn Sie stationäre Pflege wählen:</b> Geben Sie bitte den Namen und die Anschrift des Pflegeheimes an. Wenn Sie nach einem Krankenhausaufenthalt Kurzzeitpflege in Anspruch nehmen, geben Sie bitte den Namen und die Anschrift der Kurzzeitpflegeeinrichtung an.
<b>Hilfebedarf</b> In welchem Bereich besteht bei Ihnen Hilfebedarf? - Ernährung z. B.: das Zubereiten oder die Aufnahme von Nahrung - Körperpflege z. B.: Waschen, Zahnpflege, Stuhlgang - Bewegung z. B.: Be- und Entkleiden, Gehen, Treppensteigen - Sonstiges z. B.: Einkaufen, Hausputz, Kochen Bitte beachten Sie, dass Sie auf dem Antrag mindestens zwei Angaben ankreuzen.
<b>Versicherungszeit</b> Zur Prüfung der Anspruchsvoraussetzungen ist eine Vorversicherungszeit zu erfüllen. Sollten Sie in den letzten Jahren in einer anderen Krankenversicherung/Pflegeversicherung gewesen sein, sind wir gesetzlich dazu verpflichtet dies abzu prüfen. Bitte geben Sie im Antrag gegebenenfalls die Pflegekassen an, bei denen Sie seit 01.01.1995 pflegeversichert waren.
<b>Andere Pflegeleistungen</b> Erhalten Sie bereits Pflegeleistungen: - von der Unfallversicherung (z. B. aufgrund eines Arbeitsunfalls oder einer Berufskrankheit) - vom Sozialamt (z. B. aufgrund finanzieller Bedürftigkeit) - von sonstigen Stellen (z. B. vom Versorgungsamt (u.a. bei Kriegsschäden oder Leistungen für Opfer von Gewalttaten) oder der Beihilfestelle (bei Ansprüchen aufgrund beamtenrechtlicher Vorschriften)
<b>Behandelnder Arzt</b> Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung benötigt zur Abfrage von ärztlichen Unterlagen und Informationen den Namen und die Anschrift Ihres/er behandelnden Hausarztes/ärztin oder Facharztes/ärztin.
<b>gesetzlich bestellter Betreuer</b> Wenn Sie einen gesetzlich bereitgestellte/n Betreuer/in haben, geben Sie bitte den Namen und die vollständige Anschrift des Betreuers ein <b>und</b> fügen Sie eine Kopie des Betreuerausweises bei.
<b>Vollmacht</b> Haben Sie einer Person eine Vollmacht erteilt, die Ihre Angelegenheiten regelt? Bitte geben Sie den Namen und die vollständige Anschrift der betreffenden Person an <b>und</b> fügen Sie eine Kopie der Vollmacht bei.
<b>Unterschrift</b> Haben Sie mit Ihrer persönlichen Unterschrift oder der Unterschrift des/der Bevollmächtigten den Antrag vervollständigt?

**Den vollständig ausgefüllten Pflegeantrag können Sie persönlich in Ihrem AOK-Kundencenter abgeben oder mit der Post einsenden. Die Ausfüllhilfe verbleibt bei Ihnen.**

Adresse: **Pflegekasse bei der AOK Sachsen-Anhalt**  
**Kompetenzcenter Pflege 35.19**  
**39084 Magdeburg**