

Antrag auf ambulante Pflegeleistungen

beiliegend erhalten Sie einen Antrag auf Leistungen der sozialen Pflegeversicherung. Bitte füllen Sie den Vordruck vollständig aus und senden Sie uns diesen unterschrieben zurück.

Kennen Sie schon unsere Broschüren zu speziellen Pflege-Themen?

Bei Interesse oder Fragen rund um die Pflegeversicherung melden Sie sich bei uns - wir beraten Sie gern.

Sofern Sie an einer individuellen Pflegeberatung interessiert sind, erreichen Sie uns rund um die Uhr über die KKH Gesundheitshotline unter der Rufnummer 089 9 50 08 41 88. Oder schicken Sie uns eine E-Mail an gesundheitshotline@kkh.de.

Anlage

Deutsche Post 

ANTWORT *

Antrag auf Leistungen bei häuslicher Pflege

Leistungen werden beantragt für

geb. am _____ Servicezeichen _____

Beantragte Leistung

- Häusliche Pflegehilfe** (Sachleistung durch einen Vertragspartner der Pflegekasse, z. B. Sozialstation)
- Pflegegeld** (Geldleistung, da die häusliche Pflege in geeigneter Weise und ausreichendem Umfang durch eine selbst beschaffte Pflegeperson sichergestellt werden kann)
- Kombinationsleistung**
- Feststellung einer erheblich / in erhöhtem Maße eingeschränkten Alltagskompetenz** (aufgrund dauerhafter demenzbedingter Fähigkeitsstörungen, psychischer Erkrankungen oder geistiger Behinderung)
- Höherstufung** in die Pflegestufe _____

Die Pflege erfolgt durch

Name des Hilfsdienstes/der Sozialstation/der Behinderteneinrichtung, Anschrift, Telefon

Name der Pflegeperson, Anschrift

Telefon

Ich erhalte bereits Pflegeleistungen nein ja, und zwar

vom Sozialamt _____

von der Unfallversicherung (Versicherungsträger _____
Aktenzeichen _____)

nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG)

von/vom _____

Der Termin zur Untersuchung soll vereinbart werden mit:

Name und Anschrift

Telefon

Ich habe einen Anspruch auf Beihilfe oder Heilfürsorge nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen, da

ich im öffentlichen Dienst oder bei einem Arbeitgeber, der sich an die Beihilfevorschriften im öffentlichen Dienst anlehnt, beschäftigt bin/war

nein ja

ich eine Hinterbliebenenversorgung aus einem öffentlich-rechtlichen Dienstverhältnis meines Ehegatten/eines Elternteils erhalte

nein ja

mein Ehegatte/ein Elternteil im öffentlichen Dienst beschäftigt ist/war

nein ja

Name und Anschrift der Beihilfestelle bzw. des Arbeitgebers, über den die Beihilfeansprüche bestehen *

Sonstige Angaben

Bankverbindung für die Überweisung von Geldleistungen

Kreditinstitut

Bankverbindung

Kontoinhaber

Hausarzt

Name, Anschrift

Telefon

Die Angaben sind nach den §§ 60 SGB I und 50 SGB XI für die Bearbeitung durch die Pflegekasse erforderlich.

Ich bin damit einverstanden, dass dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung bereits vorhandene ärztliche Berichte, Gutachten etc. zur Einsichtnahme zur Verfügung gestellt werden. Die mich behandelnden Ärzte und Pflegekräfte entbinde ich von der Schweigepflicht, soweit deren Unterlagen oder Auskünfte für Entscheidungen der Pflegekasse bei der KKH benötigt werden.

Name, Vorname und Anschrift des Antragstellers

Ort, Datum

Unterschrift **

*) Sofern eine selbst beschaffte Pflegeperson die Pflege übernommen hat und die Pflegetätigkeit Rentenversicherungspflicht begründet, wird die Beihilfestelle durch die Pflegekasse informiert.

***) Unterschrift der/des Versicherten, seines/ihrer Bevollmächtigten/Betreuers (Nachweis hierzu bitte beifügen) oder der/des Erziehungsberechtigten (Nur wer das 15. Lebensjahr vollendet hat, kann selbst Anträge auf Sozialleistungen stellen. Andernfalls ist die Unterschrift des gesetzlichen Vertreters erforderlich.).