

AOK NordWest  
Die Gesundheitskasse.  
58079 Hagen



## Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung

**Erstantrag**

**Einstufung in einen höheren Pflegegrad**

Eingangsstempel

**Änderung der Pflegeleistung ab** \_\_\_\_\_

Name, Vorname <b>Pflegebedürftige/-r</b>	Geburtsdatum
Straße und Hausnummer	<b>Telefonnummer</b> <small>Angabe dient der vereinfachten Kontaktaufnahme und ist freiwillig</small>
PLZ und Ort	
Versichertennummer: _____	

Ich habe eine/-n Betreuer/-in:	nein	ja	
Ich habe eine/-n Bevollmächtigte/-n:	nein	ja	
Name, Vorname <b>Betreuer/-in bzw. Bevollmächtigte/-r</b>			
Straße und Hausnummer			
PLZ und Ort			
<b>Wichtig!</b> Bitte senden Sie uns schnellstmöglich eine Kopie vom Betreuerbeschluss/-ausweis bzw. der Vollmacht zu, sofern noch nicht geschehen. Die weitere Kommunikation führen wir dann gern direkt mit Ihrer/-m Betreuer/-in oder Bevollmächtigte/-n.			

**Ich beantrage hiermit oder beziehe bereits (bei Höherstufung) folgende Leistungen:**

<p><b>Pflegegeld</b> für eine private Pflegeperson, z. B. Familienangehörige</p> <p><b>Pflegesachleistung</b> Leistungserbringung durch einen Pflegedienst/Sozialstation ggf. auch Kombinationsleistung mit Pflegegeld</p> <p><b>Tages- oder Nachtpflege</b> teilstationäre Pflegeeinrichtungen</p> <p><b>Vollstationäre Pflege in einem Pflegeheim</b></p> <p><b>Dauerhafte Pflege in einer Einrichtung für behinderte Menschen</b></p>
--

Name

Versichertennummer

**Wird die Pflege zurzeit in Ihrem Haushalt durchgeführt?**

nein  
dann bitte nachfolgend den anderweitigen Haushalt angeben

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Straße und Hausnummer

\_\_\_\_\_  
PLZ und Ort

**Wird die Pflege von einem Pflegedienst, einer Tages- oder Nachtpflegeeinrichtung, einem Pflegeheim oder einer Behinderteneinrichtung durchgeführt?**

nein    ja, bitte angeben

**Name und Anschrift des Pflegedienstes**

\_\_\_\_\_  
Name **Pflegedienst**

\_\_\_\_\_  
Anschrift

\_\_\_\_\_  
Datum des Pflegebeginns  
(seit wann bzw. geplant ab)

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

\_\_\_\_\_  
Name **Pflegeheim, Tages- oder Nachtpflegeeinrichtung bzw. Behinderteneinrichtung**

\_\_\_\_\_  
Anschrift

\_\_\_\_\_  
Datum des Pflegebeginns  
(seit wann bzw. geplant ab)

**Ich erhalte bereits Pflegeleistungen bzw. habe Pflegeleistungen beantragt:**

nein    ja, bitte angeben

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.	ja*

\* Ansprüche auf Beihilfe bestehen zum Beispiel, weil

- eine Beschäftigung im öffentlichen Dienst ausgeübt wird/wurde,
- eine Hinterbliebenenversorgung aus einem öffentlich-rechtlichen Dienstverhältnis eines Ehegatten/eines Elternteils bezogen wird oder
- der Ehegatte/ein Elternteil im öffentlichen Dienst beschäftigt ist/war.

