

AOK NordWest
Die Gesundheitskasse.
58079 Hagen



Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung

Erstantrag

Einstufung in einen höheren Pflegegrad

Eingangsstempel

Änderung der Pflegeleistung ab _____

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

Ich habe eine/-n Betreuer/-in:	nein	ja
Ich habe eine/-n Bevollmächtigte/-n:	nein	ja
_____ Name, Vorname Betreuer/-in bzw. Bevollmächtigte/-r		
_____ Straße und Hausnummer		
_____ PLZ und Ort		
Wichtig! 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:

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

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.

