

Antrag auf stationäre Leistungen

1. Allgemeine Angaben

Name: _____ Geburtsname: _____
 Vorname: _____ Geburtsdatum: _____
 Anschrift: _____
 Telefon: _____ erreichbar von: _____ bis: _____

2. Name der stationären Einrichtung _____

Anschrift _____

Seit wann in der Einrichtung _____

Angaben zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit

Beantworten Sie die folgenden Fragen bitte unbedingt korrekt und vollständig.

3. Seit wann besteht die Pflegebedürftigkeit und welche Behinderung(en) bzw. Erkrankung(en) liegt/liegen vor?	Seit dem _____ wegen _____ _____ _____
4. Bitte geben Sie den Namen und die Anschrift Ihres behandelnden Arztes an.	_____ Name _____ Anschrift _____ Tel-Nr.: Vorwahl _____ / _____
5. Haben Sie einen Betreuer, oder ist sonst jemand bevollmächtigt, für Sie Erklärungen abzugeben oder entgegenzunehmen? Bitte entsprechende Vollmacht bzw. Betreuungs-urkunde beifügen.	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Name, Vorname _____ Anschrift _____ Tel-Nr.: Vorwahl _____ / _____
6. Angaben zu Ihrer Pflegeperson	_____ Name, Vorname _____ Anschrift _____ Tel-Nr.: Vorwahl _____ / _____

<p>7. Sind die zur Pflegebedürftigkeit führenden Leiden verursacht durch</p> <p>a) einen Arbeitsunfall bzw. eine Berufskrankheit</p> <p>b) eine anerkannte Kriegsdienstbeschädigung oder eine militärische Dienstleistung?</p> <p>c) einen Dritten (z.B. Verkehrsunfall oder durch eine Tötlichkeit)?</p>	<p><input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja*) _____</p> <p><input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja*) _____</p> <p><input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja</p> <p>*) Bitte fügen Sie den entsprechenden Bescheid bei</p>
<p>8. Besitzen Sie einen gültigen Schwerbehindertenausweis?</p>	<p><input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja</p> <p>Wenn ja, bitte Kopie (beidseitig) des Schwerbehindertenausweises beifügen</p>
<p>9. Bei welchen der nebenstehenden Verrichtungen benötigen Sie regelmäßig eine Hilfe?</p>	<p>Körperpflege:</p> <p><input type="checkbox"/> Waschen <input type="checkbox"/> Duschen/Baden <input type="checkbox"/> Zahnpflege</p> <p><input type="checkbox"/> Kämmen/Rasieren <input type="checkbox"/> Darm-/Blasenentleerung</p> <p>Ernährung:</p> <p><input type="checkbox"/> mundgerechte Zubereitung <input type="checkbox"/> Nahrungsaufnahme</p> <p>Mobilität:</p> <p><input type="checkbox"/> Aufstehen/Zubettgehen <input type="checkbox"/> An-/Auskleiden</p> <p><input type="checkbox"/> Stehen <input type="checkbox"/> Gehen <input type="checkbox"/> Treppensteigen</p> <p><input type="checkbox"/> Verlassen/Wiederaufsuchen der Wohnung</p> <p>Hauswirtschaftliche Versorgung:</p> <p><input type="checkbox"/> Einkaufen <input type="checkbox"/> Kochen <input type="checkbox"/> Reinigen der Wohnung</p> <p><input type="checkbox"/> Spülen <input type="checkbox"/> Beheizen der Wohnung</p> <p><input type="checkbox"/> Wechseln/Waschen der Wäsche/Kleidung</p>

Bitte unbedingt ausfüllen!

<p>10. Haben Sie nach deutschen beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Krankheit und Pflege Anspruch auf Beihilfe oder Heilfürsorge?</p>	<p><input type="checkbox"/> Nein</p> <p><input type="checkbox"/> Ja (bitte entsprechende Nachweise beifügen)</p>
<p align="center">Bitte geben Sie in jedem Falle Ihre Bankverbindung und Telefonnummer an!</p> <p>Geldinstitut: _____</p> <p>Konto-Nr.: _____</p> <p>Tel-Nr.: Vorwahl _____ / _____</p>	

Ich bin damit einverstanden, dass die vom Medizinischen Dienst der Krankenkassen zur Beurteilung meiner gesundheitlichen Verhältnisse für erforderlich gehaltenen Unterlagen (z.B. Krankengeschichte, Untersuchungsergebnisse, Röntgenaufnahmen) und Befundberichte hinzugezogen werden. Deshalb entbinde ich die Ärzte, bei denen ich in Behandlung bin oder früher in Behandlung oder zur Untersuchung war, von

ihrer Schweigepflicht. Ich stimme zu, diese Unterlagen und Auskünfte, soweit sie für die Entscheidung über die Leistungsgewährung erforderlich sind, bei meinem Antrag auf Pflegeleistungen zu verwenden.

Ich nehme zur Kenntnis, dass

- die Daten, die im Zusammenhang mit meiner Begutachtung wegen der Erbringung von Sozialleistungen bekannt geworden sind, für eigene gesetzliche soziale Aufgaben (z.B. einem anderen Gutachter) oder anderen Sozialleistungsträgern (z.B. Krankenkasse, Versorgungsamt, Berufsgenossenschaft) auch für deren gesetzlichen Aufgaben offenbart werden dürfen (§ 69 Abs. 1 Nr. 1 SGB X i. V. m. § 75 Abs. 2 SGB X)
- ich dem jedoch widersprechen kann,
- bei meinem Widerspruch aber die Leistungen ganz oder teilweise versagt oder entzogen werden können, nachdem ich auf diese Folge schriftlich hingewiesen worden bin und eine mir gesetzte Frist verstrichen ist (§ 66 SGB I).

Ort und Datum

Unterschrift der/des Versicherten

Wichtig:

Bitte Kopie des Heimvertrages oder der Pflegesatzvereinbarung dem Antrag beifügen.

Bei Fragen steht Ihnen unsere qualifizierte Pflegeberatung gern zur Verfügung:

Pflegeberaterin Christel Becker

Tel.: 05221 1026-400

Fax: 05221 1026-9000