

Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung

Dieses Formular überreicht Ihnen Ihr Gesundheitsdienstleister:

pro vita

damit es Ihnen besser geht.

Versicherter (Name, Vorname)

Geburtsdatum

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Ort

Versichertennummer

Telefon (Dies ist eine freiwillige Angabe.)

Erstantrag

Höherstufungsantrag

Pflegesachleistung
(z.B. durch einen Pflegedienst)

Pflegegeld
(für eine selbstbeschaffte Pflegehilfe,
z.B. einen Familienangehörigen)

Kombinationsleistung
(Pflegesachleistung und Pflegegeld)

Ich erhalte Pflegeleistungen von:

(Bitte Zutreffendes ankreuzen)

der Unfallversicherung:

Berufsgenossenschaft

Art der Pflegeleistung

dem Sozialamt:

Art der Pflegeleistung

Art der Pflegeleistung

sonstigen Stellen:

z.B. Versorgungsamt

Art der Pflegeleistung

Ich bin beihilfeberechtigt.

Hilfebedarf besteht im Bereich:

- Ernährung Körperpflege
 Bewegung (Mobilität)
 Hauswirtschaft
 Sonstiges: _____

Die Pflege wird ab dem _____ durchgeführt von:

- Pflegedienst: pro **vita** – die mobile Krankenpflege.
Karl-Marx-Allee 57, 10243 Berlin, tel 400 480 0
- pro **vita** – Krankenpflege am Tierpark.
Rummelsburger Str. 13, 10315 Berlin, tel 400 480 80

Pflegeperson: _____
Name, Vorname und Anschrift

Bankverbindung für die Überweisung der Geldleistung:

Kontoinhaber (falls abweichend vom Pflegebedürftigen)

Kontonummer

Name des Geldinstitutes

Bankleitzahl

Wichtig! Anschrift des abweichenden Kontoinhabers (sofern nicht oben als Pflegeperson eingetragen)

Der behandelnde Arzt ist:

(Name des Hausarztes/Facharztes)

(Anschrift des Hausarztes/Facharztes)

Terminabsprachen mit dem Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK)

- Ich wünsche, dass eine ggf. erforderliche Terminabsprache für einen Hausbesuch des MDK mit mir selbst vorgenommen wird.
- Ich wünsche, dass eine ggf. erforderliche Terminabsprache für einen Hausbesuch des MDK mit meinem Angehörigen/Betreuer:

(Name, Vorname, Anschrift, Telefon)

vorgenommen wird.

Ich bin damit einverstanden, dass der Pflegekasse bzw. dem Medizinischen Dienst der Krankenkasse vorhandene ärztliche Berichte, Gutachten und Befunddokumentationen zur Einsichtnahme übermittelt werden. Weiterhin kann der MDK meine pflegenden Angehörigen oder sonstige Personen oder Dienste, die an der Pflege beteiligt sind, befragen. Insofern entbinde ich die o.g. Ärzte bzw. Stellen von der Schweigepflicht.

Berlin, _____

(Unterschrift des Versicherten/Bevollmächtigten)