



Aktenzeichen:

Antrag auf Leistungen der vollstationären Pflege	
A. Angaben zur pflegebedürftigen Person	
Name, Vorname (ggf. auch Geburtsname)	Geburtsdatum
Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort	Telefon Vorwahl/Rufnummer
B. Art der beantragten Leistung (Bitte Entsprechendes ankreuzen.) Antrag vom	
☐ Leistungen bei vollstationärer Pflege in einem zugelassenen Pflegeheim ☐ Zusätzliche Betreuung und Aktivierung im Pflegeheim ☐ Leistungen bei vollstationärem Aufenthalt in einer Einrichtung der Hilfe für behinderte Menschen Einzug in die Pflegeeinrichtung am _____ Tag, Monat, Jahr Name und Anschrift des Pflegeheimes/der Einrichtung Falls Sie bereits Leistungen der Pflegeversicherung beziehen, hat sich der Hilfebedarf seit der letzten Begutachtung deutlich erhöht? ☐ nein ☐ ja, ich beantrage eine Höherstufung	
C. Allgemeine Angaben zur Pflegebedürftigkeit	
Erhalten Sie bereits Pflegeleistungen von anderen Stellen oder sind solche beantragt? ☐ nein ☐ ja, vom ☐ gesetzlichen Unfallversicherungsträger ☐ Versorgungsamt ☐ Sozialamt ☐ ausländischer Leistungsträger ☐ sonstiger Leistungsträger	
Haben Sie nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Krankheit und Pflege Anspruch auf Beihilfe oder Heilfürsorge? ☐ nein ☐ ja, und zwar bei _____ Anschritt der Beihilfe-/Fürsorgestelle oder des Dienstherrn	
Behandelnder Arzt (Hausarzt) Name Anschrift Telefon	



Aktenzeichen:

D. Bevollmächtigung/Betreuung

Haben Sie einen Bevollmächtigten? ☐ nein ☐ ja (Bitte Kopie der Vollmacht beifügen)

Wurde für Sie ein amtlicher Betreuer bestellt? ☐ nein ☐ ja (Bitte Kopie des Betreuungsausweises beifügen)

Name des/der Betreuers/in oder Bevollmächtigten

Anschrift

Telefonnummer des Betreuers oder Bevollmächtigten

Geburtsdatum des Betreuers oder Bevollmächtigten

E. Erklärung und Unterschrift des Pflegebedürftigen

Ich versichere, dass die gemachten Angaben den Tatsachen entsprechen. Änderungen in den Verhältnissen, die für die Leistungserbringung erheblich sind, werde ich umgehend mitteilen. Soweit es für die Entscheidung über meinen Antrag erforderlich ist, erkläre ich mich damit einverstanden, dass ärztliche und psychologische Untersuchungsunterlagen von den Stellen und Ärzten angefordert werden können, bei denen ich in Behandlung stehe oder gestanden habe. Ich bin damit einverstanden, dass der Medizinische Dienst die mich behandelnden Ärzte oder Ärztin, bei denen ich in Behandlung gestanden habe, und meinen betreuenden Pflegedienst in die Begutachtung einbezieht und die erforderlichen Unterlagen zugänglich gemacht werden.

Die Beantwortung der Fragen dient der Feststellung, ob Ansprüche bestehen. Um einen etwaigen Leistungsanspruch prüfen zu können, ist Ihre Mitwirkung erforderlich. Eine fehlende Mitwirkung kann zu Nachteilen bei den Leistungsansprüchen führen.

Datum

Unterschrift des Versicherten/Bevollmächtigten/Betreuers

Telefonnummer (bei Rückfragen)

Um Sie beraten und betreuen zu können, sind wir darauf angewiesen, Daten zu erheben und zu verarbeiten. Dabei beachten wir die für uns geltenden Datenschutzbestimmungen. Umfassende Informationen zum Datenschutz stellen wir Ihnen auf unserer Homepage unter www.svlfg.de/datenschutz bereit. Gern informieren wir Sie auch persönlich.