



Aktenzeichen:

Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung ☐ Erstantrag ☐ Höherstufungsantrag	
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 zur Ablehnung des Leistungsantrages führen, sofern der Antrag nicht innerhalb von zwei Wochen zurückgesandt wird.	
A. Angaben zur Person	
Name, Vorname (ggf. auch Geburtsname)	Geburtsdatum
Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort	Telefon Vorwahl/Rufnummer
B. Art der beantragten Leistung (Bitte Entsprechendes ankreuzen.)	
☐ Pflegegeldleistung (Die Pflege wird durch eine private Pflegeperson sichergestellt.) Name, Geburtsdatum und Anschrift der privaten Pflegeperson(en) 	
☐ Kombinationsleistung (Die Pflege wird durch einen Pflegedienst und eine private Pflegeperson sichergestellt.) Name und Anschrift des Pflegedienstes Name, Geburtsdatum und Anschrift der privaten Pflegeperson(en) 	
☐ Pflegesachleistung (Die Pflege wird nur durch einen Pflegedienst sichergestellt.) Name und Anschrift des Pflegedienstes 	
☐ Leistungen bei vollstationärer Pflege in einem zugelassenen Pflegeheim Name und Anschrift des Pflegeheimes Einzug in das Pflegeheim am _____ Tag, Monat, Jahr	
☐ Leistungen bei vollstationärem Aufenthalt in einer Einrichtung der Hilfe für behinderte Menschen Name und Anschrift der Einrichtung Einzug in die Einrichtung am _____ Tag, Monat, Jahr	
C. Allgemeine Angaben zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit	
Seit wann besteht Pflegebedürftigkeit? (Bei Antrag auf Änderung des Pflegegrades bitte maßgeblichen Zeitpunkt der Änderung angeben.) seit _____ Tag, Monat, Jahr	
Ist die Pflegebedürftigkeit gegebenenfalls Folge ☐ eines Arbeitsunfalles oder einer Berufskrankheit? ☐ einer Schädigung aufgrund von Gewalttaten, Kriegsauswirkungen, Leisten des Zivildienstes, Schutzimpfungen und Maßnahmen der spezifischen Prophylaxe? ☐ Drittverschuldens (z. B. Verkehrsunfall, Behandlungsfehler)?	



Aktenzeichen:

Erhalten Sie bereits Pflegeleistungen von anderen Stellen oder sind solche beantragt?

☐ nein

- ☐ ja, vom ☐ gesetzlichen Unfallversicherungsträger
☐ Träger der Sozialen Entschädigung (z. B. Versorgungsamt)
☐ Sozialamt
☐ ausländischer Leistungsträger
☐ sonstiger Leistungsträger

Bitte fügen Sie den entsprechenden Bescheid in Kopie bei.

Haben Sie nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Krankheit und Pflege Anspruch auf Beihilfe oder Heilfürsorge?

☐ nein ☐ ja

Anschrift der Beihilfe-/Fürsorgestelle oder des Dienstherrn

Behandelnder Arzt (Hausarzt)

Name, Anschrift

Telefon

D. Angaben zur Bankverbindung

Name und Sitz der Bank

IBAN

BIC

Kontoinhaber (nur erforderlich, falls nicht identisch mit Antragsteller)

E. Bevollmächtigung/Betreuung

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

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

Name des Betreuers oder Bevollmächtigten

Anschrift

Telefonnummer des Betreuers oder Bevollmächtigten

Geburtsdatum des Betreuers oder Bevollmächtigten

F. Erklärung und Unterschrift

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 Gutachter die mich behandelnden Ärzte oder Ärzte, bei denen ich in Behandlung gestanden habe, und meinen betreuenden Pflegedienst in die Begutachtung einbezieht und die erforderlichen Unterlagen zugänglich gemacht werden.

Im Einzelfall kann es erforderlich sein, die erhobenen Daten Dritten mitzuteilen. Dieses kann im Rahmen einer Pflegeberatung der Fall sein. Sollte eine Übermittlung von Daten erforderlich sein, wird strikt darauf geachtet, dass nur die tatsächlich für den konkreten Zweck erforderlichen Daten übermittelt werden. Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich im Falle einer Pflegeberatung mit einer ggf. erforderlichen Datenübermittlung einverstanden bin.

Sollte nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen ein Anspruch auf Beihilfe bestehen, bin ich damit einverstanden, dass bei einer etwaigen Beitragsentrichtung zur Rentenversicherung für die Pflegeperson oder eine Weiterleitung der für die Beitragsentrichtung notwendigen Daten an die Festsetzungsstelle für die Beihilfe oder an den Dienstherrn erfolgt.

Datum

Unterschrift des Versicherten/Bevollmächtigten/Betreuers

Telefon (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.