Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung (§ 33 SGB XI)

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Anschrift:

Telefon:

Kranken-/Pflegekasse:

Versicherungsnummer:

Antrag Erstmalige Feststellung ○ Höherstufung ○

Angaben zur häuslichen Situation

Lebt die pflegebedürftige Person allein?	Ja ○	Nein ○
Pflege durch Angehörige/Freunde vorhanden?	Ja ○	Nein ○
Ambulanter Pflegedienst wird in Anspruch genommen?	Ja ○	Nein ○
Stationäre Unterbringung geplant/vorhanden?	Ja ○	Nein ○

Gewünschte Leistungen (Mehrfachnennung möglich)

- ☐ Pflegegeld (häusliche Pflege durch Angehörige)
- ☐ Pflegesachleistungen (ambulante Dienste)
- ☐ Kombinationsleistungen
- ☐ Kurzzeitpflege
- ☐ Verhinderungspflege
- ☐ Pflegehilfsmittel / Wohnumfeldverbessernde Maßnahmen

Angaben zu behandelnden Ärzten (für Gutachterkontakt)

Hausarzt:

Fachärzte:

Unterschrift Antragsteller/in oder gesetzliche/r Vertreter/in

Ort, Datum:

Unterschrift:

Gesetzliche Vertretung (falls vorhanden):