

Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung

Deutsche Post 
ANTWORT

SBK
80227 München

Versichertennummer

Name, Vorname

Geburtsdatum

Ich möchte gerne folgenden Antrag stellen

Erstmaliger Antrag auf Pflegeleistungen
Erhöhung des Pflegegrades

Meine Angaben über eine Betreuung

Ich habe einen gesetzlichen Betreuer. Für mich wurde eine Betreuung beantragt.

Nein

Ja _____
Name, Vorname des Betreuers/Antragstellers

Adresse des Betreuers/Antragstellers

Festnetznummer des Betreuers

Handynummer des Betreuers

E-Mail-Adresse des Betreuers

Bitte senden Sie uns eine Kopie des Betreuerbeschlusses/-ausweises, sofern noch nicht geschehen.

Ich möchte folgende Pflegeleistung beantragen

Sachleistung Geldleistung
Kombination aus Sach- und Geldleistung
Pflege in einem Pflegeheim

Hinweise zu den beantragten Pflegeleistungen

- Die Sachleistung erhalten Sie, wenn die Pflege von einem Pflegedienst durchgeführt wird.
- Einen Geldbetrag überweisen wir Ihnen, wenn Sie eine selbst beschaffte Pflegeperson (zum Beispiel Angehörige, Nachbarn) pflegt.
- Die Kombination aus beidem ist möglich, wenn sowohl ein Pflegedienst als auch eine selbst beschaffte Pflegeperson Sie unterstützt.

Ich werde gepflegt von

Name, Vorname Pflegeperson/Pflegedienst/Pflegeheim

Straße, Hausnummer Pflegeperson/Pflegedienst/Pflegeheim

Postleitzahl Ort Pflegeperson/Pflegedienst/Pflegeheim

Tag der Aufnahme in das Pflegeheim

Gegebenenfalls Angaben zur zweiten Pflegeperson

Name, Vorname Pflegeperson/Pflegedienst/Pflegeheim

Straße, Hausnummer Pflegeperson/Pflegedienst/Pflegeheim

Postleitzahl Ort Pflegeperson/Pflegedienst/Pflegeheim

Mein behandelnder Arzt

Name, Vorname

Straße, Hausnummer

Postleitzahl Ort

Ich habe Anspruch auf Beihilfe oder Heilfürsorge nach beamtenrechtlichen Vorschriften

Nein Ja

Name der Beihilfestelle/Dienststelle

Straße, Hausnummer der Beihilfestelle/Dienststelle

Postleitzahl Ort der Beihilfestelle/Dienststelle

Aktenzeichen

Hinweis: Sofern wir für Ihre Pflegeperson Beiträge zur Rentenversicherung ermöglichen, sind wir verpflichtet, Ihre Beihilfestelle/Dienststelle darüber zu informieren.

Meine Pflegebedürftigkeit ist Folge einer/eines

Arbeitsunfalls/Berufskrankheit Nein Ja
Kriegsbeschädigung oder anerkannten Leidens nach dem Soldatenversorgungsgesetz Nein Ja

Ich erhalte bereits Pflegeleistungen* von einer anderen Stelle

Nein Ja

Art der Leistung und Stelle, von der Leistungen gewährt werden

Versorgungsamt, Berufsgenossenschaft, Unfallversicherung

Aktenzeichen

*zum Beispiel Pflegezulage nach dem Bundesversorgungsgesetz, Hauspflege/Pflegegeld der Unfallversicherung

Bitte helfen Sie uns indem Sie uns jede Änderung der Pflegesituation (zum Beispiel Aufnahme in ein Pflegeheim, Unterstützung von einem Pflegedienst, Wechsel der Pflegeperson) mitteilen.

Ihre Angaben zur Bankverbindung

Uns liegt aktuell keine Bankverbindung von Ihnen vor. Damit wir an Sie überweisen können, teilen Sie uns bitte Ihre Bankverbindung mit:

Kontoinhaber

Geldinstitut

Gültig ab

IBAN

.....

BIC

.....



Ergänzen oder ändern Sie hier Ihre Kontaktdaten:

Festnetznummer privat

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Handynummer privat

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

E-Mail-Adresse

Festnetznummer geschäftlich

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Handynummer geschäftlich

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Hier haben Sie Platz für zusätzliche Anmerkungen:

Damit wir Ihren Antrag auf Pflegeleistungen bearbeiten können, ist ihr Mitwirken nach § 66 Abs. 1 SGB I erforderlich. Die Daten werden ausschließlich zur Erfüllung unserer Aufgaben nach § 94 Abs. 1 SGB XI und zum Zwecke der Bearbeitung Ihres Antrages auf Pflegeleistungen nach den §§ 36 – 45 b SGB XI erhoben und verarbeitet. Bei beihilfeberechtigten Personen werden aufgrund des § 44 Abs. 5 SGB XI die erforderlichen Daten des Antrages an die Beihilfestelle weitergeleitet. Mehr zu den von der SBK verarbeiteten Daten erfahren Sie unter sbk.org/datenschutz oder bei Ihrem persönlichen Kundenberater.

*Die Angaben sind freiwillig und werden zum Zweck der Durchführung der Versicherung verarbeitet. Ihre Daten werden selbstverständlich geschützt und vertraulich behandelt. Eine Weitergabe der Daten an Dritte erfolgt nicht. Mit Ihrer Unterschrift erklären Sie sich mit der Verarbeitung der Daten einverstanden. Mehr zu den von der SBK verarbeiteten Daten erfahren Sie unter sbk.org/datenschutz oder bei Ihrem persönlichen Kundenberater. Das Einverständnis können Sie jederzeit formlos mit Wirkung für die Zukunft ohne Angabe von Gründen per E-Mail an widerruf@sbk.org oder gegenüber Ihrem persönlichen Kundenberater widerrufen.

Mit meiner Unterschrift erkläre ich meine Einwilligung, dass der Medizinische Dienst bei meiner behandelnden Ärztin bzw. meinen behandelnden Arzt Auskünfte einholen darf, sofern diese für die Begutachtung erforderlich sind (§ 18 Abs. 4 SGB XI). Weiterhin bin ich damit einverstanden, dass der Medizinische Dienst Informationen und Unterlagen bei pflegenden Angehörigen oder sonstigen Personen oder Dritten, die an meiner Pflege beteiligt sind, einholt.

Ort, Datum

Unterschrift Pflegebedürftiger/Bevollmächtigter