

**BETR.: ANTRAG AUF ZUERKENNUNG BZW.
ERHÖHUNG DES PFLEGESELDES NACH
DEM BUNDESPFLEGESELDEGESETZ**

Eingangsstampiglie

FÜR

Versicherungsnummer ¹⁾
Lfd. Nr. – Geburtsdatum

¹⁾ Falls die Versicherungsnummer nicht bekannt ist, geben Sie bitte Ihr Geburtsdatum an.

Zuname und Vorname		Personenstand	Aktenzeichen (Nur anzugeben, wenn diese(s) nicht mit der Versicherungsnummer ident ist.)
Adresse – Straße, Gasse, Platz, Hausnummer, Stiege, Stock, Tür			
Postleitzahl	Ort	Bezirk	Telefonnummer
Bei einem vorübergehenden Aufenthalt in einem Heim, Krankenhaus, bei Familienangehörigen usw. geben Sie bitte die genaue Adresse bekannt			

DURCH (nur auszufüllen, wenn der Antrag von der pflegebedürftigen Person nicht selbst gestellt werden kann)

Zuname und Vorname			
Adresse – Straße, Gasse, Platz, Hausnummer, Stiege, Stock, Tür			
Postleitzahl	Ort	Bezirk	Telefonnummer
ICH BIN	der/die gesetzliche Vertreter/Vertreterin	der/die gerichtlich bestellte Sachwalter/ Sachwalterin ²⁾	die obsorgepflichtige Person ²⁾

²⁾ Bitte Bestellurkunde dem Antrag beilegen, wenn die Bestellung dem Versicherungsträger noch nicht angezeigt wurde!

Ich beantrage

Zutreffendes bitte ankreuzen

**die ZUERKENNUNG DES PFLEGESELDES
die ERHÖHUNG DES PFLEGESELDES**

Die zur Bearbeitung meines Antrages erforderlichen Fragen beantworte ich wahrheitsgemäß auf den nachfolgenden Seiten dieses Antragsformulars.

Ich nehme zur Kenntnis, dass jede mir bekannte Veränderung in den Voraussetzungen für den Pflegegeldbezug, die den Verlust, eine Minderung, das Ruhen des Anspruches (z. B. ab dem zweiten Tag eines Krankenhausaufenthaltes oder bei Unterbringung in einer Anstalt auf Bundeskosten) oder eine Anrechnung auf das Pflegegeld (bei Bezug anderer pflegebezogener Leistungen neben dem Pflegegeld) zur Folge haben, der auszahlenden Stelle binnen vier Wochen zu melden ist.

Ich bin sehbehindert/blind. ja nein

Wenn ja: Übermittlung des Bescheides auch an die e-mail Adresse

..... erwünscht.

.....
Datum

.....
Unterschrift

DVR: 0024244

Weiter auf Seite 2!

Auskunft und Beratung:

Wir bitten Sie, unsere Abteilung und die Versicherungsnummer (VSNR) bei jedem Schriftwechsel anzuführen und Ihr Schreiben nicht namentlich an einen unserer Mitarbeiter zu richten.

Zuname und Vorname	Versicherungsnummer
---------------------------	----------------------------

Zutreffendes bitte ankreuzen

1. Wegen welcher Leiden ist Betreuung und Hilfe erforderlich bzw. hat sich Ihr Pflegebedarf erhöht?

(Eventuell vorhandene Befunde von Ihrem Arzt/Ihrer Ärztin oder Krankenhaus legen Sie bitte bei – auch in Kopie.)

.....

.....
Bei neuerlicher Antragstellung vor Ablauf eines Jahres nach der letzten rechtsgültigen Entscheidung ist jedenfalls ein ärztliches Attest vorzulegen.

Was ist die Hauptursache Ihrer Pflegebedürftigkeit?

körperliche Einschränkung	ja	nein
geistige Beeinträchtigung	ja	nein
Gedächtnisstörung/Demenz	ja	nein
psychiatrische Erkrankung	ja	nein
andere Ursachen	ja	nein

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?

.....

.....

Sollen zusätzlich zum Pflegegeldwerber weitere Personen vom Termin des beabsichtigten Hausbesuches verständigt werden?

nein

ja

.....
(Zuname(n) und Vorname(n) sowie Adresse und Telefonnummer)

2. Von welcher Person wird die notwendige Betreuung und Hilfe erbracht?

Zuname und Vorname:

Adresse:

Wird bzw. wurde von der Pflegeperson Familienhospizkarenz in Anspruch genommen? ja nein

Besteht eine 24-Stunden-Betreuung?

nein

ja

.....
(Zuname(n) und Vorname(n) sowie Adresse der 24-Stunden-Betreuung)

Zuname und Vorname	Versicherungsnummer
--------------------	---------------------

Zutreffendes bitte ankreuzen

3. Befinden oder befanden Sie sich innerhalb der letzten drei Monate vor der Antragstellung in einer in- oder ausländischen Krankenanstalt (z. B. Krankenhaus, Spital, Heilstätte, Kurheim)?

nein

ja

(Krankenanstalt, Aufenthalt von – bis, Kostenträger)

Sollten Sie über den Anstaltsaufenthalt Unterlagen besitzen, senden Sie diese bitte mit.

4. Sind Sie durch einen Unfall pflegebedürftig geworden?

nein

ja – Datum des Unfalls: und

Unfallhergang (stichwortartig):

.....

Liegt fremdes Verschulden am Unfall vor? ja nein

Handelt es sich um einen Arbeitsunfall? ja nein

Wurde eine Unfallanzeige erstattet? ja nein

Wenn ja, bei welcher Stelle?

5. Beziehen oder beantragten Sie auf Grund Ihres Gesundheitszustandes bereits eine dem Bundespflegegeld ähnliche in- oder ausländische Leistung (z. B. Landespflegegeld, Pflegezulage, Blindenzulage)?

nein

ja

(Art der Leistung, auszahlende Stelle, Aktenzeichen)

Erhalten Sie eine Pflegesachleistung aus einem EU-Mitgliedstaat?

nein

ja

(Art der Leistung, auszahlende Stelle, Aktenzeichen)

6. Beziehen oder beantragten Sie auf Grund Ihres Gesundheitszustandes erhöhte Familienbeihilfe?

nein

ja

(auszahlende Stelle, Aktenzeichen)

7. Beziehen oder beantragten Sie noch eine weitere Pension oder Rente, einen Ruhe- oder Versorgungsgenuss und dergleichen?

nein

ja

(Art der Leistung, auszahlende Stelle, Aktenzeichen)

Beilage(n):