

# Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung

Name des Versicherten, Vorname	Geburtsdatum
Straße / Hausnummer	Versicherungsnummer
Postleitzahl / Wohnort	Telefon

**Erstantrag**                       **Höherstufungsantrag**

## **Antrag auf Leistungen bei**

häuslicher Pflege                       stationärer Pflege                       Sachleistungen  
 Kombinationsleistungen                       Geldleistungen

**Beihilfeberechtigt**

Kreditinstitut	Bankleitzahl	Kontonummer	Kontoinhaber(in)

## **Die Pflege wird durchgeführt von:**

AWO Seniorenzentrum Hardtwald, Berliner Ring 8, 76344 Eggenstein-Leopoldshafen  
Name und Anschrift des Pflegeeinrichtung

## **Hilfsbedarf besteht im Bereich**

Ernährung                       Körperpflege                       Bewegung                       sonstiges

## **Ich erhalte bereits Pflegeleistungen von der**

Unfallversicherung                       Sozialamt

Der behandelnde Arzt ist :

--

Ich bin damit einverstanden, dass der Pflegekasse bzw. dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung vorhandene ärztliche Berichte, Gutachten und Befunddokumentationen zur Einsichtnahme zur Verfügung gestellt werden

Datum

Unterschrift des Versicherten / Betreuer bzw. gesetzlicher Vertreter