

Pflegekasse/Krankenkasse:

Absender:

Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung

hiermit beantrage ich die Feststellung der Pflegebedürftigkeit sowie die entsprechenden Leistungen gemäß § 33 SGB XI (Sozialgesetzbuch XI).

Angaben zur versicherten Person:

Vorname:

Nachname:

Geburtsdatum:

Telefonnummer:

Straße, Hausnummer:

PLZ, Wohnort:

E-Mail-Adresse (optional):

Versichertennummer:

Pflegekasse/Krankenkasse:

Ich stelle den Antrag (bitte Zutreffendes ankreuzen):

☐ Für mich selbst

☐ Für eine andere Person (z. B. Angehörige/r)

Falls für jemand anderen:

Name der betroffenen Person:

Verhältnis zur versicherten Person:

Die zu pflegende Person ist darüber informiert:

☐ Ja

☐ Nein

Ich beantrage (bitte Zutreffendes ankreuzen):

☐ Erstmalige Feststellung der Pflegebedürftigkeit

☐ Höherstufung des bestehenden Pflegegrades

☐ Weitere Leistungen im Zusammenhang mit Pflegebedürftigkeit

Datenschutz und Einwilligung:

Mit meiner Unterschrift erkläre ich mich einverstanden, dass meine angegebenen Daten zum Zweck der Antragsbearbeitung an die zuständigen Stellen weitergeleitet und im Rahmen der gesetzlichen Vorgaben verarbeitet werden.

Ort, Datum:

Unterschrift der Antragstellenden Person