

Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung

An die

Name der Pflegekasse

Adresse

Name, Vorname des/der Pflegebedürftigen

Geburtsdatum

Straße, Hausnummer

PLZ, Hamburg

Versicherungsnummer

Telefon

Erstantrag Höherstufungsantrag

Antrag auf Leistungen bei häuslicher Pflege stationärer Pflege
als Sachleistungen Kombinationsleistungen Geldleistungen

Beihilfeberechtigt

Kontoinhaber/in

Kreditinstitut

IBAN-Nummer

Die Pflege wird durchgeführt von:

Name und Anschrift der Pflegeeinrichtung (bei Sach-/ oder Kombileistungen)

Name und Anschrift der Pflegeperson (bei Geld-/ oder Kombileistungen)

Hilfebedarf besteht im Bereich Körperpflege Ernährung Mobilität (Bewegung)
 hauswirtschaftliche Versorgung sonstiges _____

Ich erhalte bereits Pflegeleistungen von der Unfallversicherung Sozialamt _____

Der behandelnde Arzt ist:

Name des Hausarztes / Facharztes

Telefonnummer

Adresse des Hausarztes / Facharztes

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

Hamburg, _____

Datum

Unterschrift des Versicherten