

Antrag auf Leistungen im Rahmen der ambulanten Pflege Einstufung / Höherstufung

Kranken- Pflegekasse (vollständige Anschrift)

Name, Vorname des/der Versicherten

Geburtsdatum

Adresse

Versichertennummer

In folgenden Bereichen bekomme ich Hilfe durch den ambulanten Pflegedienst:

- Ernährung Körperpflege Bewegung
 Psychosoziale Betreuung

Ich erhalte bereits Pflegeleistungen von

- der Pflegekasse nach dem Pflege-Versicherungsgesetz

Nein Ja

Grad _____ seit _____

- der gesetzlichen Unfallversicherung

- einem Sozialhilfeträger

(Name und Anschrift)

- sonstige Stellen _____
(z.B. Versorgungsamt)

- Ich habe Anspruch auf Beihilfe nach Nein Ja, durch
beamtenrechtlichen Vorschriften

(Stelle)

Der behandelnde Arzt ist:

Name des Hausarztes / Facharztes

Anschrift des Arztes

Vorwahl/Telefon

Einwilligungserklärung: Ich bin damit einverstanden, dass die Pflegekasse und der Medizinische Dienst der Krankenversicherung von den mich behandelnden Ärzten, Krankenhäusern und den mich betreuenden Pflegepersonen ärztliche Unterlagen, Auskünfte sowie in deren Besitz befindliche Fremdbefunde anfordern kann, soweit diese für die Begutachtung und Entscheidung über meinen Antrag auf Pflegeleistungen erforderlich sind. Bei der Anforderung der genannten Unterlagen ist ausdrücklich darauf hinzuweisen, dass diese unmittelbar an den MDK Bayern zu übersenden sind. Insoweit entbinde ich die o.g. Personen bzw. Stellen von ihrer Schweigepflicht. Unterlagen, die ich der Pflegekasse zur Verfügung gestellt habe, dürfen an den MDK Bayern weitergegeben werden.

Datum/Unterschrift des Versicherten, Betreuers oder des gesetzlichen Vertreters