Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung
Höherstufung in eine andere Pflegestufe

AOK Rheinland/Hamburg
Die Gesundheitskasse

Unternehmensbereich Markt
Pflegekasse

AOK Rheinland/Hamburg - Die Gesundheitskasse
Unternehmenssteuerung
Geschäftsbereich Pflege
GZ: II.2.2.4
Friedrich-Ebert-Str. 49
45127 Essen

Name, Vorname des/der Pflegebedürftigen	Geburtsdatum
Straße und Hausnummer	Versichertennummer
Postleitzahl und Wohnort	**Telefon***

Für Rückfragen zu meinem Antrag können Sie sich an folgende Person meines Vertrauens wenden

☐ Angehörige oder eine andere Privatperson

Name, Vorname der/die Angehörige oder andere Privatperson	Geburtsdatum
Straße und Hausnummer	Versichertennummer
Postleitzahl und Wohnort	**Telefon***

Frühestmöglicher Begutachtungstermin:

Zeitraum, in dem eine Begutachtung aus **zwingenden** Gründen **nicht** möglich ist (z. B. wegen eines Krankenhausaufenthaltes, einer Rehabilitation, einer Kurzzeitpflege usw.):

bis

bis

An folgenden Werktagen ist eine Begutachtung aus **zwingenden** Gründen **nicht** möglich (z. B. wegen einer Dialyse, einer Chemotherapie usw.):

☐ Montag ☐ Dienstag ☐ Mittwoch ☐ Donnerstag ☐ Freitag ☐ Samstag

☐ Ich bitte die AOK Rheinland/Hamburg, mir mein Pflegegutachten zu übersenden.

Erklärung zum Antrag auf Pflegeleistungen und zur Entbindung der Schweigepflicht

Ich entbinde meine Ärzte, die mich betreuenden Pflegekräfte und die stationäre Pflegeeinrichtung von ihrer Schweigepflicht, soweit diese Unterlagen für Auskünfte zur Entscheidung über meinen Antrag auf Pflegeleistungen von der Pflegekasse und dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung benötigt werden.

☐ Ja ☐ Nein

Die Pflegekasse darf meinem behandelnden Arzt eine Kopie des Pflegegutachtens des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung zur Verfügung stellen.

☐ Ja ☐ Nein

Name, Vorname:	Versichertennummer:

- Ich verpflichte mich, jede Änderung der Verhältnisse, die einen Einfluss auf die Leistungen der sozialen Pflegeversicherung haben, **unverzüglich** der Pflegekasse mitzuteilen. Diese sind z. B. **Umzug in ein Pflegeheim, Hinzunahme eines Pflegedienstes, Änderung der Bankverbindung, Änderung des Gesundheitszustandes (Besserung/Verschlechterung) und Beantragung oder Bezug von Beihilfe- oder Versorgungsleistungen.**

- Einige Leistungen der Pflegekasse werden im Voraus gezahlt. Hierdurch kann es zu Überzahlungen kommen. Ich verpflichte mich daher, überzahlte Beträge unverzüglich an die Pflegekasse zurückzuzahlen.

- Ich ermächtige die Pflegekasse überzahlte Leistungen der Pflegeversicherung auch mit Wirkung meinen Erben gegenüber zulasten meines Kontos beim jeweils kontoführenden Geldinstituts einzuziehen. Die entstehenden Bankgebühren trägt die Pflegekasse.

☐ Ja, ich stimme zu ☐ Nein, ich stimme nicht zu

Ort, Datum	Unterschrift des Pflegebedürftigen bzw. Betreuers/Bevollmächtigten

Die mit * gekennzeichneten Angaben sind freiwillig, erlauben uns aber eine schnelle und unbürokratische Kontaktaufnahme mit Ihnen bei Rückfragen und zu allen Belangen der Pflegeversicherung und vielfältigen Leistungs- und Serviceangeboten der AOK Rheinland/Hamburg. Dieser Nutzung können Sie jederzeit widersprechen.

Datenschutzhinweis (§ 67 a Abs. 3 SGB X):
Die Daten werden zur Erfüllung unserer Aufgaben nach §§ 94 SGB XI in Verbindung mit §§ 7, 28 SGB XI erhoben. Ihr Mitwirken ist nach § 60 SGB I erforderlich. Fehlende Mitwirkung kann zu Nachteilen bei den Leistungsansprüchen führen.