

Ohne Formulare geht es leider nicht

In der für Sie sicher nicht leichten Situation können Sie sich auf die SBK verlassen. Wir möchten schnell und unbürokratisch helfen. Dennoch können wir nicht ganz auf den „Papierkram“ verzichten.

Bitte füllen Sie daher den Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung aus.

Noch ein Hinweis zur Pflegereform:

Personen, deren Alltagskompetenz, zum Beispiel durch eine Demenzerkrankung, eingeschränkt ist, können durch die Pflegereform nun deutlich höhere zusätzliche Betreuungsleistungen in Anspruch nehmen. Diese erhalten auch Pflegebedürftige, deren täglicher Hilfebedarf für die Pflegestufe I noch nicht ausreicht (Pflegestufe 0). Wenn Sie die zusätzlichen Betreuungsleistungen beantragen möchten, kreuzen Sie dies einfach im beiliegenden Antrag an.

zurück an:

SBK
Postfach 20 17 65
80017 München

Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung

Name, Vorname des Versicherten Geburtsdatum

Anschrift Telefon KV-Nr.

Abweichende Kontaktadresse (Name, Anschrift, Telefonnummer)

Bankverbindung:

Bankleitzahl Geldinstitut Kontonummer Kontoinhaber

Angaben über eine gesetzliche Betreuung zur pflegerischen Versorgung

Ich habe einen gesetzlichen Betreuer Nein Ja

Die Betreuung wurde beantragt Nein Ja

Name, Vorname, Adresse des Betreuers Telefon

Sofern noch nicht geschehen: Bitte schicken Sie uns eine Kopie des Betreuerbeschlusses/-ausweises.

Erstantrag

Höherstufungsantrag

Leistungen bei der häuslichen Pflege

Sachleistung Geldleistung Kombinationsleistung Zusätzliche Betreuungsleistungen

Die häusliche Pflege wird durchgeführt von:

Name und Anschrift des Pflegedienstes

Name und Anschrift der 1. Pflegeperson (bei Geld- oder Kombinationsleistung)

Name und Anschrift der 2. Pflegeperson (bei Geld- oder Kombinationsleistung)

Leistungen bei der stationären Pflege

Vollstationäre Pflege ab _____ (Tag der Heimaufnahme) in

Name und Adresse der Pflegeeinrichtung

Hilfebedarf besteht im Bereich der

Ernährung Körperpflege Bewegung Sonstiges

Der behandelnde Arzt ist

Name und Adresse des Arztes

- Die Pflegebedürftigkeit ist Folge einer / eines

→ Arbeitsunfalls/Berufskrankheit nein ja

→ Kriegsbeschädigung oder anerkannten Leiden nach dem Soldatenversorgungsgesetz nein ja

- Ich habe Anspruch auf Beihilfe oder Heilfürsorge nach beamtenrechtlichen Vorschriften

nein ja _____
Name und Anschrift der Dienststelle/Beihilfestelle Aktenzeichen

Hinweis: nach § 44 Abs. 5 SGB XI sind wir verpflichtet Angaben, die die Aufnahme der Beitragszahlung für eine ggf. rentenversicherungspflichtige Pflegeperson ermöglichen, an die Dienststelle/Beihilfestelle weiterzuleiten.

- Ich erhalte bereits Pflegeleistungen von anderer Stelle (z.B. Pflegezulage nach dem BVG, Hauspflege / Pflegegeld der Unfallversicherung)

nein ja _____
Art der Leistung

Versorgungsamt, Berufsgenossenschaft, Unfallversicherung Aktenzeichen

Bitte helfen Sie uns! Teilen Sie uns jede Änderung der Pflegesituation (z.B. Aufnahme ins Pflegeheim, Mitpflege eines Pflegedienstes, Wechsel der Pflegeperson) mit.

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

Datum und Unterschrift des Versicherten

Datenschutzhinweis: Die Daten werden aufgrund des § 7 Abs. 2 SGB XI i.V. mit § 60 SGB I erhoben und sind zur rechtmäßigen Erfüllung unserer gesetzlichen Aufgaben nach dem Pflegeversicherungsgesetz erforderlich.