

Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung

QR-Code scannen und direkt in der **Meine SBK-App** ausfüllen oder unter meine.sbk.org/pflegeantrag



Deutsche Post 
ANTWORT

SBK
80227 München

.....

Versichertennummer

Name, Vorname

.....

Geburtsdatum

Ich möchte gerne folgenden Antrag stellen

Erstmaliger Antrag auf Pflegeleistungen

Erhöhung des Pflegegrades

Meine Angaben über eine Betreuung

Ich habe einen gesetzlichen Betreuer. Für mich wurde eine Betreuung beantragt.

Nein

Ja

Name, Vorname des Betreuers/Antragstellers

Adresse des Betreuers/Antragstellers

.....

Festnetznummer des Betreuers

.....

Handynummer des Betreuers

E-Mail-Adresse des Betreuers

Bitte senden Sie uns eine Kopie des Betreuerbeschlusses/-ausweises, sofern noch nicht geschehen.

Ich möchte folgende Pflegeleistung beantragen

Sachleistung

Geldleistung

Kombination aus Sach- und Geldleistung

Pflege in einem Pflegeheim

Hinweise zu den beantragten Pflegeleistungen

- Die Sachleistung erhalten Sie, wenn die Pflege von einem Pflegedienst durchgeführt wird.
- Einen Geldbetrag überweisen wir Ihnen, wenn Sie eine selbst beschaffte Pflegeperson (zum Beispiel Angehörige, Nachbarn) pflegt.
- Die Kombination aus beidem ist möglich, wenn sowohl ein Pflegedienst als auch eine selbst beschaffte Pflegeperson Sie unterstützt.

Ich werde gepflegt von

Name, Vorname Pflegeperson/Pflegedienst/Pflegeheim

Straße, Hausnummer Pflegeperson/Pflegedienst/Pflegeheim

Postleitzahl Ort Pflegeperson/Pflegedienst/Pflegeheim

.....

Tag der Aufnahme in das Pflegeheim

Gegebenenfalls Angaben zur zweiten Pflegeperson

Name, Vorname Pflegeperson/Pflegedienst/Pflegeheim

Straße, Hausnummer Pflegeperson/Pflegedienst/Pflegeheim

Postleitzahl Ort Pflegeperson/Pflegedienst/Pflegeheim

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Mein behandelnder Arzt

Name, Vorname

Straße, Hausnummer

Postleitzahl Ort

Ich habe Anspruch auf Beihilfe oder Heilfürsorge nach beamtenrechtlichen Vorschriften

Nein Ja

Name der Beihilfestelle/Dienststelle

Straße, Hausnummer der Beihilfestelle/Dienststelle

Postleitzahl Ort der Beihilfestelle/Dienststelle

Aktenzeichen

Hinweis: Sofern wir für Ihre Pflegeperson Beiträge zur Rentenversicherung ermöglichen, sind wir verpflichtet, Ihre Beihilfestelle/Dienststelle darüber zu informieren.

Meine Pflegebedürftigkeit ist Folge einer/eines

Arbeitsunfalls/Berufskrankheit Nein Ja

Kriegsbeschädigung oder anerkannten Leidens nach dem Soldatenversorgungsgesetz Nein Ja

Ich erhalte bereits Pflegeleistungen* von einer anderen Stelle

Nein Ja

Art der Leistung und Stelle, von der Leistungen gewährt werden

Versorgungsamt, Berufsgenossenschaft, Unfallversicherung

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Aktenzeichen

*zum Beispiel Pflegezulage nach dem Bundesversorgungsgesetz, Hauspflege/Pflegegeld der Unfallversicherung

Bitte helfen Sie uns indem Sie uns jede Änderung der Pflegesituation (zum Beispiel Aufnahme in ein Pflegeheim, Unterstützung von einem Pflegedienst, Wechsel der Pflegeperson) mitteilen.



