

# Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung

zurück an:

Deutsche Post   
ANTWORT

SBK  
80227 München

## Persönliche Angaben

\_\_\_\_\_  
Name

\_\_\_\_\_  
Vorname

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Versichertennummer

\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer

\_\_\_\_\_  
Postleitzahl    Ort

\_\_\_\_\_  
Telefon Festnetz\*                      Telefon mobil\*

\_\_\_\_\_  
E-Mail\*

## Meine Bankverbindung

\_\_\_\_\_  
Kontoinhaber

\_\_\_\_\_  
Geldinstitut

\_\_\_\_\_  
IBAN

\_\_\_\_\_  
BIC

\* Die Angaben sind freiwillig und werden zum Zweck der optimalen Betreuung und Beratung sowie Information über Angebote der SBK erhoben, gespeichert und verarbeitet. Ihre Daten werden selbstverständlich geschützt und vertraulich behandelt. Eine Weitergabe der Daten an Dritte erfolgt nicht. Mit Ihrer Unterschrift erklären Sie sich hiermit einverstanden. Das Einverständnis können Sie jederzeit ohne Angabe von Gründen per E-Mail an [widerruf@sbk.org](mailto:widerruf@sbk.org) widerrufen.

## 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

\_\_\_\_\_  
Telefon Festnetz des Betreuers                      Telefon mobil des Betreuers

\_\_\_\_\_  
E-Mail 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
- Die Sachleistung erhalten Sie, wenn die Pflege von einem Pflegedienst durchgeführt wird.
  - Einen Geldbetrag überweisen wir Ihnen, wenn Sie eine Privatperson (z.B. Kinder, Ehepartner) pflegt.
  - Die Kombination aus beidem ist möglich, wenn sowohl ein Pflegedienst als auch eine Privatperson Sie unterstützt.

## Ich werde gepflegt von

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname der Pflegeperson/des Pflegedienstes/des Pflegeheims

\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer der Pflegeperson/des Pflegedienstes/des Pflegeheims

\_\_\_\_\_  
Postleitzahl    Ort der Pflegeperson/des Pflegedienstes/des Pflegeheims

\_\_\_\_\_  
Tag der Aufnahme in das Pflegeheim

\_\_\_\_\_  
Tag der Aufnahme in das Pflegeheim

21C3236

Wir sind auf deiner Seite.



Gegebenenfalls Angaben zur zweiten Pflegeperson:

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname der Pflegeperson/des Pflegedienstes/des Pflegeheims

\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer der Pflegeperson/des Pflegedienstes/des Pflegeheims

\_\_\_\_\_  
Postleitzahl Ort der Pflegeperson/des Pflegedienstes/des Pflegeheims

### Mein behandelnder Arzt

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer

\_\_\_\_\_  
Postleitzahl Ort

### Meine Pflegebedürftigkeit ist Folge einer/eines

Arbeitsunfalls/Berufskrankheit  Nein  Ja

Kriegsbeschädigung oder anerkannten Leidens  
nach dem Soldatenversorgungsgesetz  Nein  Ja

### 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.

### Ich erhalte bereits Pflegeleistungen von einer anderen Stelle

Nein  Ja

\_\_\_\_\_  
Art der Leistung und Stelle, von der die Leistungen gewährt werden

\_\_\_\_\_  
Versorgungsamt, Berufsgenossenschaft, Unfallversicherung

\_\_\_\_\_  
Aktenzeichen

(z. B. Pflegezulage nach dem Bundesversorgungsgesetz,  
Hauspflege/Pflegegeld der Unfallversicherung)

### Bitte helfen Sie uns

Teilen Sie uns jede Änderung der Pflegesituation (z. B. Aufnahme in ein Pflegeheim, Unterstützung von einem Pflegedienst, Wechsel der Pflegeperson) mit.

Mit meiner Unterschrift erkläre ich, dass dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung alle vorhandenen ärztlichen Berichte, Gutachten und Befunde zur Einsicht zur Verfügung gestellt werden.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Pflegebedürftiger/Bevollmächtigter