

AOK NordWest  
Die Gesundheitskasse.  
58079 Hagen

Eingangsstempel

## Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung

- Erstantrag**
- Einstufung in einen höheren Pflegegrad**
- Änderung der Pflegeleistung ab** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname **Pflegebedürftige/-r**

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Straße und Hausnummer

\_\_\_\_\_  
Telefonnummer  
Angabe dient der vereinfachten  
Kontaktaufnahme und ist freiwillig

\_\_\_\_\_  
PLZ und Ort

Versichertennummer: \_\_\_\_\_

- Ich habe eine/-n Betreuer/-in:  nein  ja
- Ich habe eine/-n Bevollmächtigte/-n:  nein  ja

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname **Betreuer/-in bzw. Bevollmächtigte/-r**

\_\_\_\_\_  
Straße und Hausnummer

\_\_\_\_\_  
PLZ und Ort

**Wichtig!** Bitte senden Sie uns schnellstmöglich eine Kopie vom Betreuerbeschluss/-ausweis bzw. der Vollmacht zu, sofern noch nicht geschehen. Die weitere Kommunikation führen wir dann gern direkt mit Ihrer/-m Betreuer/-in oder Bevollmächtigte/-n.

### Ich beantrage hiermit oder beziehe bereits (bei Höherstufung) folgende Leistungen:

- Pflegegeld**  
für eine private Pflegeperson, z. B. Familienangehörige
- Pflegesachleistung**  
Leistungserbringung durch einen Pflegedienst/Sozialstation ggf. auch Kombinationsleistung mit Pflegegeld
- Tages- oder Nachtpflege**  
teilstationäre Pflegeeinrichtungen
- Vollstationäre Pflege in einem Pflegeheim**
- Dauerhafte Pflege in einer Einrichtung für behinderte Menschen**

Name

Versichertennummer

**Wird die Pflege zurzeit in Ihrem Haushalt durchgeführt?**

nein

dann bitte nachfolgend den anderweitigen Haushalt angeben

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

\_\_\_\_\_  
Straße und Hausnummer

\_\_\_\_\_  
PLZ und Ort

**Wird die Pflege von einem Pflegedienst, einer Tages- oder Nachtpflegeeinrichtung, einem Pflegeheim oder einer Behinderteneinrichtung durchgeführt?**

nein  ja, bitte angeben

**Name und Anschrift des Pflegedienstes**

\_\_\_\_\_  
Name **Pflegedienst**

\_\_\_\_\_  
Anschrift

\_\_\_\_\_  
Datum des Pflegebeginns  
(seit wann bzw. geplant ab)

**Name und Anschrift des Pflegeheimes, der Tages- oder Nachtpflegeeinrichtung oder der Behinderteneinrichtung**

\_\_\_\_\_  
Name **Pflegeheim, Tages- oder Nachtpflegeeinrichtung bzw. Behinderteneinrichtung**

\_\_\_\_\_  
Anschrift

\_\_\_\_\_  
Datum des Pflegebeginns  
(seit wann bzw. geplant ab)

**Ich erhalte bereits Pflegeleistungen bzw. habe Pflegeleistungen beantragt:**

nein  ja, bitte angeben

Sozialamt

ja/beantragt

Unfallversicherungsträger (Arbeitsunfall, Berufskrankheit)

ja/beantragt

Versorgungsamt (Impfschaden, Wehrdienstschaden, usw.)

ja/beantragt

ausländischer Leistungsträger/Sonstiger Leistungsträger

ja/beantragt

Ich habe Anspruch auf Beihilfe\* nach beamtenrechtlichen Vorschriften/Heilfürsorge.

ja\*

\* Ansprüche auf Beihilfe bestehen zum Beispiel, weil

- eine Beschäftigung im öffentlichen Dienst ausgeübt wird/wurde,
- eine Hinterbliebenenversorgung aus einem öffentlich-rechtlichen Dienstverhältnis eines Ehegatten/eines Elternteils bezogen wird oder
- der Ehegatte/ein Elternteil im öffentlichen Dienst beschäftigt ist/war.

