



## Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung

Ein Unfall, ein Sturz oder eine schwere Erkrankung: Pflegebedürftigkeit kann viele Gründe haben. Eins ist aber immer gleich: Im täglichen Leben ändert sich vieles. Deshalb sollte man auf diesen Fall vorbereitet sein. Dabei spielt das Alter keine Rolle: Auch Menschen in jungen Jahren können durch einen Unfall plötzlich pflegebedürftig werden. Damit Pflege richtig umgesetzt werden kann, gibt es in Deutschland die Pflegeversicherung. Eine gute Sache – denn wer sich nicht mehr selbst versorgen kann, muss so die Kosten für die Pflege nicht allein tragen.

### 1. Der Antrag

Sobald Sie uns den Antrag ausgefüllt und unterschrieben zurückgesandt haben, können wir Ihren Anspruch auf Pflegeleistungen prüfen. Nach dem Eingang eines erstmaligen Antrags auf Leistungen der Pflegeversicherung muss die Mobil Pflegekasse einen konkreten Beratungstermin anbieten, der spätestens innerhalb von zwei Wochen nach Antrags-eingang durchzuführen ist.

Je nach Ihrem Wunsch findet diese Beratung telefonisch oder in der häuslichen Umgebung statt.

### 2. Die Prüfung

Ob und in welchem Umfang Pflegebedürftigkeit vorliegt, entscheidet die Mobil Pflegekasse auf der Basis eines Gutachtens des Medizinischen Dienstes (MD). Haben Sie einen Antrag auf Pflege gestellt, erhalten Sie einen angekündigten Besuch von einem Mitarbeiter des MD. Der Termin findet im gewohnten

Umfeld des Antragstellers statt, also meistens beim Pflegebedürftigen zu Hause.

Es wird geprüft, ob die Voraussetzungen für die Leistungen aus der Pflegeversicherung erfüllt sind und ob einer der Pflegegrade zugeordnet werden kann.

#### Unser Tipp für Sie

Vor dem Besuch ist es sinnvoll, dass Sie alle Hilfen und Pflegeleistungen die ausgeführt werden, genau aufzeichnen. Ihre Notizen sollten einen Zeitraum von acht Tagen erfassen. Diese Aufzeichnungen und eventuelle Bescheinigungen von behandelnden Ärzten erleichtern es dem Gutachter, den individuellen Pflegebedarf korrekt zu ermitteln. So können Sie sicher sein, dass keine Hilfeleistung vergessen wird. In manchen Kommunen gibt es Pflegeberatungsstellen, die Sie auf Ihren Termin mit dem MD vorbereiten.

### 3. Pflegegeld – häusliche Pflege

Menschen, die pflegebedürftig sind, möchten meistens auch weiterhin in ihrer Wohnung leben. Für sie ist es am angenehmsten, wenn sie von einem **Angehörigen, Freund oder Nachbarn** gepflegt werden. Wichtig bei der häuslichen Pflege ist vor allem eins: ausreichende Unterstützung. Wir tragen deshalb dafür Sorge, dass Sie zu Hause immer die richtige Pflege bekommen. Je nach Bedarf erhalten Sie bei der häuslichen Pflege Sachleistungen, Pflegegeld oder eine Kombination von beiden Leistungen.



### 4. Pflegesachleistungen

Wenn die tägliche Pflege nicht von freiwilligen Helfern aus dem Familien- oder Bekanntenkreis geleistet werden kann oder diese entlastet werden sollen, können Sie Pflegesachleistungen beantragen. Damit ist der Einsatz von **Fachpflegekräften** gemeint, die direkt mit der Mobil Pflegekasse abrechnen.

Der Pflegebedürftige erhält also kein Geld, sondern den Gegenwert in Form von professioneller Pflege. Dabei können die Einsätze flexibel und in der Anzahl unbegrenzt nach den individuellen Bedürfnissen.

**Sie suchen einen zugelassenen Pflegedienst?**

#### Unser Tipp für Sie

Mit Hilfe von [bkk-pflegefinder.de](http://bkk-pflegefinder.de) können Sie einen passenden Dienst in Ihrer Umgebung finden. Geben Sie hierfür ganz einfach die gewünschte Pflegeleistung und Ihre Postleitzahl an.

### 5. Unser Serviceangebot für Sie

Wir unterstützen Sie bestmöglich mit einer umfassenden Pflegeberatung, zugeschnitten auf die persönlichen Bedarfe und Lebensumstände.

**Zu Ihrer Information:**

**Eine Pflegeberatung ist für Sie nicht verpflichtend, selbstverständlich kostenlos** und kann an einem Ort Ihrer Wahl durchgeführt werden.

Es stehen dabei folgende Möglichkeiten zur Verfügung:

- **Telefonische Beratung** durch Ihren persönlichen Ansprechpartner der Pflegekasse.
- **Persönliche Pflegeberatung** im Service-Point der Mobil Pflegekasse oder bei Ihnen zu Hause.
- Alternativ haben Sie auch die Möglichkeit zur Inanspruchnahme der Beratung in einem **Pflegestützpunkt** in Ihrer Nähe. Adressen und Ansprechpartner nennen wir Ihnen gern.

**Bitte nehmen Sie dazu möglichst innerhalb der nächsten 14 Tage Kontakt mit uns auf.**

Bei der Pflegeberatung wird für Sie ein **individueller Versorgungsplan** erstellt. In diesem erfolgt unter anderem

- die Bewertung und Erfassung Ihrer persönlichen Hilfebedarfe und
- die Einleitung eventuell erforderlicher Maßnahmen der Mobil Pflegekasse oder anderer Leistungserbringer.

#### Haben Sie Fragen?

Wir beraten Sie gern persönlich.

Besuchen Sie einen unserer Service-Points. Öffnungszeiten und die Möglichkeit zur Terminvereinbarung finden Sie auf [mobil-krankenkasse.de/kontakt](http://mobil-krankenkasse.de/kontakt)

Oder rufen Sie uns an.  
Ihre kostenlose Service-Hotline:

**0800 255 0800**

[mobil-krankenkasse.de](http://mobil-krankenkasse.de)

## ANTRAG AUF LEISTUNGEN DER PFLEGEVERSICHERUNG

ANGABEN DES/DER PFLEGEBEDÜRFTIGEN		
Name, Vorname	Geburtsdatum	Versichertennummer
Anschrift		Telefon

ANTRAGSART
<input type="checkbox"/> Erstantrag <input type="checkbox"/> Höherstufungsantrag <input type="checkbox"/> Antrag auf Änderung der Leistung ab _____

ANTRAG AUF	
<input type="checkbox"/> ausschließlich Sachleistungen <input type="checkbox"/> ausschließlich Geldleistungen <input type="checkbox"/> eine Kombination aus <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> Sachleistungen <input type="checkbox"/> Geldleistungen	<input type="checkbox"/> vollstationäre Pflege <input type="checkbox"/> Pflege in vollstationären Einrichtungen der Behindertenhilfe <input type="checkbox"/> Tages- und/oder Nachtpflege
Es besteht ein Bedarf an zusätzlichen Betreuungs- und Entlastungsleistungen (in Bezug auf die allgemeine Beaufsichtigung, Betreuung und Entlastung) <input type="checkbox"/> Ja	

Durchführung der Pflege durch einen Pflegedienst oder in einem Pflegeheim	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Name des Pflegedienstes/des Pflegeheims	Heimaufnahme am
Anschrift des Pflegedienstes/des Pflegeheims	

Pflege durch einen 2. Pflegedienst bzw. eine Tages-/Nachtpflegeeinrichtung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Name des zweiten Pflegedienstes/der Tages-/Nachtpflegeeinrichtung	Aufnahme in der Tages-/Nachtpflegeeinrichtung am
Anschrift des zweiten Pflegedienstes/der Tages-/Nachtpflegeeinrichtung	

Durchführung der Pflege durch private Pflegeperson/en im häuslichen Bereich				<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Name der Pflegeperson 1	Geburtsdatum	Ggf. Name der Pflegeperson 2	Geburtsdatum	
Rentenversicherungsnummer	Telefonnummer	Rentenversicherungsnummer	Telefonnummer	
Anschrift der Pflegeperson 1		Anschrift der Pflegeperson 2		

<sup>1</sup> Bei der Kombination dieser Leistungen besteht jeweils ein prozentual anteiliger Anspruch auf die jeweilige Leistung.

# ANTRAG AUF LEISTUNGEN DER PFLEGEVERSICHERUNG VON

KV-Nr.: \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_

<b>Die Pflegeperson 1 <input type="checkbox"/> oder/und Pflegeperson 2 <input type="checkbox"/></b> <b>hat/haben sich für die Pflege von der Arbeit freistellen lassen (Arbeitsverhältnis besteht weiterhin).</b>	
<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, vom _____ bis _____ <input type="checkbox"/> voll und unbezahlt (Pflegezeit) <input type="checkbox"/> Ich beantrage Pflegeunterstützungsgeld (Ein gesonderter Antrag wird mir zugesandt) <input type="checkbox"/> teilweise, wöchentliche Arbeitszeit während der Freistellung (Familienpflegezeit): _____ Std.
Krankenkasse der Pflegeperson 1 (Name und Anschrift)	Arbeitgeber der Pflegeperson 1 (Name und Anschrift)
Krankenkasse der Pflegeperson 2 (Name und Anschrift)	Arbeitgeber der Pflegeperson 2 (Name und Anschrift)

<b>Ich befinde mich derzeit</b>	
<input type="checkbox"/> im Krankenhaus. <input type="checkbox"/> in einer Rehabilitationseinrichtung. <input type="checkbox"/> im Hospiz. <input type="checkbox"/> in ambulanter Palliativversorgung.	
ggf. Name der Einrichtung	ggf. geplante Entlassung

<b>Ich erhalte bereits Pflegeleistungen bzw. habe Pflegeleistungen beantragt.</b> (wenn ja, bitte Bescheinigung beifügen)	
Unfallversicherungsträger <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Beantragt	Ausländischer Träger <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Beantragt
Sozialamt <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Beantragt	Versorgungsamt <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Beantragt
Name, Anschrift des jeweiligen Kostenträgers	Aktenzeichen

<b>Die Pflegebedürftigkeit ist Folge</b>	
einer Berufserkrankung/ Arbeitsunfalls. <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
eines Versorgungsleidens. <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	

<b>Ich habe nach beamtenrechtlichen Vorschriften einen Anspruch auf Beihilfe oder Heilfürsorge, da</b>	
<ul style="list-style-type: none"><li>ich im öffentlichen Dienst oder bei einem Arbeitgeber, der sich an die Beihilfevorschriften anlehnt, beschäftigt bin bzw. war oder</li><li>ich eine Hinterbliebenenversorgung aus einem öffentlich-rechtlichen Dienstverhältnis meines Ehegatten/eines Elternteils erhalte oder</li><li>mein Ehegatte/ein Elternteil im öffentlichen Dienst beschäftigt ist bzw. war.</li></ul>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Name, Anschrift der Beihilfestelle	Aktenzeichen

<b>VORKASSEN</b>	
Ich war innerhalb der letzten 10 Jahre bei folgenden Krankenkassen versichert:	
<b>Zeitraum (von...bis):</b>	<b>Name und ggf. Anschrift der Krankenkasse:</b>

<b>BEHANDELNDER ARZT</b>	
Mein behandelnder Arzt/Meine behandelnde Ärztin ist	
Name des Hausarztes (Facharztes)	Anschrift

**ANTRAG AUF LEISTUNGEN DER PFLEGEVERSICHERUNG VON**  
**KV-Nr.:** \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_

<b>BEVOLLMÄCHTIGTER</b> (Bitte nur ausfüllen, wenn ein anderer für Sie tätig sein soll.)	
<input type="checkbox"/> Ich habe einen Betreuer.	(Bitte fügen Sie eine Kopie des Betreuer-Ausweises bei.)
<input type="checkbox"/> Ich habe einen Bevollmächtigten.	(Bitte fügen Sie eine Vollmacht bei.)
Name, Vorname bzw. Firma	Anschrift und Telefon tagsüber

<b>Bankverbindung des/der Pflegebedürftigen</b> <input type="checkbox"/>	<b>Bankverbindung bei abweichenden Kontoinhaber</b> <input type="checkbox"/>
Name und Ort des Geldinstituts	Name und Ort des Geldinstituts
DE _____	DE _____
IBAN (International Bank Account Number) – 22-stellig	IBAN (International Bank Account Number) – 22-stellig
_____	_____
BIC (Business Identifier Code) – 11-stellig	BIC (Business Identifier Code) – 11-stellig
	Vorname und Name des Kontoinhabers (falls abweichend vom Antragsteller)
	Anschrift des Kontoinhabers (falls abweichend vom Antragsteller)
	Unterschrift des Kontoinhabers (falls abweichend vom Antragsteller)

**DATENSCHUTZHINWEIS**

Die Mobil Pflegekasse (Kassensitz: Friedenheimer Brücke 29 in 80639 München, Telefon: 0800 255 0800, E-Mail: [info@service.mobil-krankenkasse.de](mailto:info@service.mobil-krankenkasse.de)) als Datenverarbeiter benötigt die geforderten Angaben für die Prüfung und Gewährung von Leistungen der Pflegeversicherung nach § 28 Sozialgesetzbuch (SGB) XI. Ihre Angaben werden an den Medizinischen Dienst weitergeleitet. Weitere Informationen erhalten Sie unter [mobil-krankenkasse.de/datenschutz](http://mobil-krankenkasse.de/datenschutz)

**EINWILLIGUNG**

Ich bin damit einverstanden, dass der Pflegekasse und dem Medizinischen Dienst vorhandene ärztliche Berichte, Gutachten und Befunddokumentationen zur Einsichtnahme zur Verfügung gestellt werden. Ich bin ferner damit einverstanden, dass Krankenkasse und Pflegekasse personenbezogene Daten, die ihnen von einem Arzt zugänglich gemacht worden sind, im erforderlichen Umfang gemeinsam verarbeiten und nutzen (§ 96 Abs. 2 SGB XI). Diese Einwilligung kann jederzeit formlos mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden.

\_\_\_\_\_  
 Datum, Unterschrift des / der Versicherten

\_\_\_\_\_  
 Datum, Unterschrift des Betreuers/Bevollmächtigten