







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

(bitte entsprechende Kästchen mit „X“ markieren)

Sozialamt	Nein	Ja	beantragt
Ausländischer Leistungsträger	Nein	Ja	beantragt
Unfallversicherungsträger	Nein	Ja	beantragt
Versorgungsamt	Nein	Ja	beantragt

Bitte eine Bescheinigung über die Höhe der Leistungen oder eine Kopie des Bescheides beifügen.

\_\_\_\_\_  
Name des Sozialamts, Unfallversicherungsträgers, Versorgungsamts oder des ausländischen Leistungsträgers

\_\_\_\_\_  
Straße

\_\_\_\_\_  
Hausnummer

\_\_\_\_\_  
PLZ

\_\_\_\_\_  
Ort

\_\_\_\_\_  
Land (nur bei ausländischem Leistungsträger anzugeben)

\_\_\_\_\_  
Aktenzeichen

**Ich habe Anspruch auf Beihilfe nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder freie Heilfürsorge**

Nein

Ja, durch

\_\_\_\_\_  
Name des Sozialamts, Unfallversicherungsträgers, Versorgungsamts oder des ausländischen Leistungsträgers

\_\_\_\_\_  
Straße

\_\_\_\_\_  
Hausnummer

\_\_\_\_\_  
PLZ

\_\_\_\_\_  
Ort

\_\_\_\_\_  
Land (nur bei ausländischem Leistungsträger anzugeben)

\_\_\_\_\_  
Aktenzeichen

**Der behandelnde Arzt oder die behandelnde Ärztin ist\***

\_\_\_\_\_  
Name

\_\_\_\_\_  
Vorname

\_\_\_\_\_  
Straße

\_\_\_\_\_  
Hausnummer

\_\_\_\_\_  
PLZ

\_\_\_\_\_  
Ort

\_\_\_\_\_  
Telefonnummer



Bitte informieren Sie folgende Person/en ebenfalls über den Besuchstermin, damit sie bei der Begutachtung anwesend sein können.

Pflegeperson                      Betreuer/in                      Bevollmächtigte/r

Soll eine weitere Person am Besuchstermin teilnehmen, geben Sie diese bitte hier an:

Frau                      Herr      Anrede (bitte Zutreffendes ankreuzen)

Name		Vorname	
Straße			Hausnummer
PLZ	Ort		
Telefonnummer (Festnetz)*		Mobilfunknummer*	

**Ich bin damit einverstanden, dass**

- a) der MDK meinen behandelnden Arzt in die Begutachtung einbezieht, indem er ärztliche Auskünfte und Unterlagen über Vorerkrankungen sowie Art, Umfang und Dauer der Hilfebedürftigkeit einholt, um die Pflegebedürftigkeit zu begutachten
- b) die Pflegekasse das Pflegegutachten bei Bedarf an meinen behandelnden Arzt schickt
- c) der MDK pflegende Angehörige oder sonstige Personen oder Dienste, die sich an meiner Pflege beteiligen, befragt.

Insoweit entbinde ich die genannten Personen bzw. Stellen von ihrer Schweigepflicht

Ja                      Nein

**Erklärung**

Ich verpflichte mich, jede Änderung der Verhältnisse, die einen Einfluss auf die Leistungen der sozialen Pflegeversicherung haben, unverzüglich der Pflegekasse mitzuteilen. Diese sind z. B. Änderung der Pflegeperson(en), Umzug in ein Pflegeheim, Hinzunahme eines Pflegedienstes, Änderung der Bankverbindung, Änderung des Gesundheitszustandes (Besserung/ Verschlechterung) und Beantragung oder Bezug von Beihilfe- oder Versorgungsleistungen. Ich versichere, dass ich die Angaben in diesem Antrag wahrheitsgemäß nach besten Wissen und Gewissen gemacht habe.

Datum (TT.MM.JJJJ)      Unterschrift der bzw. des Versicherten oder der betreuenden oder bevollmächtigten Person (Bitte legen Sie – sofern noch nicht geschehen – eine Kopie der Betreuungsurkunde bzw. der Vollmacht bei)

Dieser Antrag wurde vom o. a. Betreuer/Bevollmächtigten ausgefüllt und unterschrieben

Ja                      Nein

**Datenschutzhinweis:**

Ihre Daten werden zur Erfüllung unserer Aufgaben zu dem in diesem Schreiben genannten Zweck erhoben, gespeichert und verarbeitet. Ihr Mitwirken ist dabei erforderlich. Fehlende Mitwirkung kann zu Leistungskürzungen oder Leistungsveragung führen. Näheres regelt das Sozialgesetzbuch (SGB). Die AOK Bremen/Bremerhaven erhebt und verwendet Ihre personenbezogenen Daten ausschließlich im Rahmen dieser Bestimmungen. Alle weiteren Informationen zu den Rechtsgrundlagen der Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten, beispielsweise zu Ihrem Recht auf Auskunft, Löschung und Widerruf, finden Sie unter [www.aok.de/hb/datenschutzrechte](http://www.aok.de/hb/datenschutzrechte).

**Pflegeberatung nach § 7 a SGB XI**

durchgeführt am: \_\_\_\_\_

(von der Pflegekasse auszufüllen)

angeboten am: \_\_\_\_\_