

**Antrag auf zusätzliche Betreuungsleistungen
für Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz**

_____ Name, Vorname	<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Geb.-Datum
_____ PLZ/Wohnort/Straße	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Versichertennummer
_____ Telefon *	

Pflegestufe (Anspruchsvoraussetzung) liegt bereits vor:

ja → Stufe I Stufe II Stufe III

Angaben zur Pflegeperson/en:

(Name, Vorname und Anschrift)

Ich möchte folgendes Betreuungsangebot in Anspruch nehmen:

- Kurzzeitpflege/Tages- und Nachtpflege
- Betreuungsangebot eines Pflegedienstes
- Sonstige Betreuungsangebote (z.B. Gesprächskreise)

Die Betreuung soll durchgeführt werden

Name, Anschrift, Telefon-Nr. der Einrichtung

in der Zeit vom _____ bis _____

Ergänzende Hinweise:

Die vorgenannten Daten sind zur Beurteilung Ihres Antrages auf Leistungen aus der Pflegeversicherung notwendig. Rechtsgrundlagen für die Datenerhebung sind § 94 Abs. 1 Nr. 3 i. V. m. 4 und § 28 SGB XI. Ihre Mitwirkungspflicht ergibt sich aus § 60 SGB I. Fehlt Ihre Mitwirkung, kann dies zu Nachteilen in der Leistungsgewährung (§ 66 SGB I) führen.

Einwilligungserklärung

Ich bin damit einverstanden, dass dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) vorhandene ärztliche Berichte, Gutachten und Befunddokumentationen zur Einsichtnahme zur Verfügung gestellt werden, soweit diese zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit/eingeschränkter Alltagskompetenz notwendig sind. Des Weiteren kann der MDK meine pflegenden Angehörige(n) oder sonstige Personen oder Dienste, die an der Pflege beteiligt sind, befragen.

Insoweit entbinde ich die o. g. Ärzte bzw. Stellen von ihrer Schweigepflicht. Ich gestatte die Übermittlung der von dem MDK erstellten Gutachten an die Pflegekasse der AOK M/V.

ja nein

Ort, Datum

Unterschrift des Versicherten/Bevollmächtigten

*Diese Angabe ist freiwillig.