

**BETR.: ANTRAG AUF ZUERKENNUNG BZW. ERHÖHUNG DES PFLEGEGERDES NACH DEM BUNDESPFLEGEGERDGESETZ**

Eingangsstampiglie
--------------------

**FÜR**

Bitte unbedingt ausfüllen <sup>1)</sup>	
	Geburtsdatum
Versicherungsnummer	

*1) Falls die Versicherungsnummer nicht bekannt ist, geben Sie bitte Ihr Geburtsstagsdatum in der Form TT MM JJ an.*

Familien- und Vornamen		Familienstand	Pensionsnummer/Aktenzeichen <small>(Nur anzugeben, wenn diese(s) nicht mit der Versicherungsnummer ident ist.)</small>
Adresse – Straße, Gasse, Platz, Hausnummer, Stiege, Stock, Tür			
Postleitzahl	Ort	Bezirk	Telefonnummer
Bei einem vorübergehenden Aufenthalt in einem Heim, Krankenhaus, bei Familienangehörigen usw. geben Sie bitte die genaue Adresse bekannt			

**DURCH** (nur auszufüllen, wenn der Antrag von der pflegebedürftigen Person nicht selbst gestellt werden kann)

Familien- und Vornamen			
Adresse – Straße, Gasse, Platz, Hausnummer, Stiege, Stock, Tür			
Postleitzahl	Ort	Bezirk	Telefonnummer
<b>ICH BIN</b>	<input type="checkbox"/> der gesetzliche Vertreter	<input type="checkbox"/> der gerichtlich bestellte Sachwalter <sup>2)</sup>	<input type="checkbox"/> der Vormund <sup>2)</sup> <input type="checkbox"/> .....

*2) Bitte Bestellurkunde dem Antrag beilegen, wenn die Bestellung dem Versicherungsträger noch nicht angezeigt wurde!*

**Ich beantrage**

Zutreffendes bitte ankreuzen

- die ZUERKENNUNG DES PFLEGEGERDES**
- die ERHÖHUNG DES PFLEGEGERDES**

Die zur Bearbeitung meines Antrages erforderlichen Fragen beantworte ich wahrheitsgemäß auf den nachfolgenden Seiten dieses Antragsformulars.

Ich nehme zur Kenntnis, dass jede mir bekannte Veränderung in den Voraussetzungen für den Pflegegeldbezug, die den Verlust, eine Minderung, das Ruhen des Anspruches (z.B. ab dem 2. Tag eines Krankenhausaufenthaltes oder bei Unterbringung in einer Anstalt auf Bundeskosten) oder eine Anrechnung auf das Pflegegeld (bei Bezug anderer pflegebezogener Leistungen neben dem Pflegegeld) zur Folge haben, der auszahlenden Stelle binnen vier Wochen zu melden ist.

Ich bin sehbehindert.  ja  nein

Wenn ja: Übermittlung des Bescheides auch an die e-mail Adresse

\_\_\_\_\_ erwünscht.

Datum	Unterschrift
DVR: 24228 Auskunft und Beratung	Weiter auf Seite 2! <small>Wir bitten Sie, unsere Abteilung und die Versicherungsnummer (VSNR) bei jedem Schriftwechsel anzuführen und Ihr Schreiben nicht namentlich an einen unserer Mitarbeiter zu richten.</small>

<b>Familien- und Vornamen</b>	<b>Versicherungsnummer</b>
-------------------------------	----------------------------

Zutreffendes bitte ankreuzen

- 1. Wegen welcher Leiden ist Betreuung und Hilfe erforderlich bzw. hat sich Ihr Pflegebedarf erhöht?**  
(Eventuell vorhandenen Befunde von Ihrem Arzt oder Krankenhaus legen Sie bitte bei – auch in Kopie.)

---

---

*Bei neuerlicher Antragstellung vor Ablauf eines Jahres nach der letzten rechtsgültigen Entscheidung ist jedenfalls ein ärztliches Attest vorzulegen.*

**Was ist die Hauptursache Ihrer Pflegebedürftigkeit?**

- |                           |                             |                               |
|---------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| körperliche Einschränkung | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| geistige Beeinträchtigung | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Gedächtnisstörung/Demenz  | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| psychiatrische Erkrankung | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| andere Ursachen           | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?

---

---

- 2. Von welcher Person wird die notwendige Betreuung und Hilfe erbracht?**

Familien- und Vorname: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Wird bzw. wurde von der Pflegeperson Familienhospizkarenz in Anspruch genommen?  ja  nein

- 3. Sind Sie gehfähig und imstande zu einer ärztlichen Untersuchung zu erscheinen?**

ja  nein

- 4. Befinden oder befanden Sie sich innerhalb der letzten Monate vor der Antragstellung in einer in- oder ausländischen Krankenanstalt (z.B. Krankenhaus, Spital, Heilstätte, Kurheim)?**

nein

ja

\_\_\_\_\_  
(Krankenanstalt, Aufenthalt von – bis, Kostenträger)

Sollten Sie über den Anstaltsaufenthalt Unterlagen besitzen, senden Sie diese bitte mit.

Bitte wenden!

<b>Familien- und Vornamen</b>	<b>Versicherungsnummer</b>
Zutreffendes bitte ankreuzen <input checked="" type="checkbox"/>	

**5. Sind Sie durch einen Unfall pflegebedürftig geworden?**

- nein  
 ja - Datum des Unfalls: \_\_\_\_\_ und  
Unfallhergang (stichwortartig):

---

---

- Liegt fremdes Verschulden am Unfall vor?     ja             nein  
Handelt es sich um einen Arbeitsunfall?     ja             nein  
Wurde eine Unfallanzeige erstattet?         ja             nein  
Wenn ja, bei welcher Stelle?

---

**6. Beziehen oder beantragten Sie aufgrund Ihres Gesundheitszustandes bereits eine dem Bundespflegegeld ähnliche in- oder ausländische Leistung (z.B. Landespflegegeld, Pflegezulage, Blindenzulage)?**

- nein  
 ja

\_\_\_\_\_ *(Art der Leistung, auszahlende Stelle, Aktenzeichen)*

**7. Beziehen oder beantragten Sie aufgrund Ihres Gesundheitszustandes erhöhte Familienbeihilfe?**

- nein  
 ja

\_\_\_\_\_ *(auszahlende Stelle, Aktenzeichen)*

**8. Beziehen oder beantragten Sie noch eine weitere Pension oder Rente, einen Ruhe- oder Versorgungsgenuß und dergleichen?**

- nein  
 ja

\_\_\_\_\_ *(Art der Leistung, auszahlende Stelle, Aktenzeichen)*

Beilage(n):