

Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung

an Ihre Krankenkasse

Absender

Datum:	
Versichertennummer:	
Geburtsdatum:	

- Erstantrag
 Höherstufung
 Beihilfeberechtigt

Antrag auf Leistungen

- Häusliche Pflege
 Sachleistungen
 Geldleistungen
 Kombinationsleistungen
 Stationäre Pflege (Pflegeheim)

Mein behandelnder Arzt

Name:	
Straße:	
PLZ/Ort:	
Telefon/Fax:	

Ich bin damit einverstanden, dass mein o.g. Arzt vorhandene ärztliche Berichte, Gutachten und Befunddokumentationen dem medizinischen Dienst der Krankenversicherung zur Verfügung stellt, soweit sie für die Begutachtung der Pflegebedürftigkeit erforderlich sind.

Datum

Unterschrift des Versicherten