



Leistungsantrag Pflegeversicherung

an Ihre Krankenkasse

Absender

| |
|--|
| |
| |
| |
| |
| |

| |
|--|
| |
| |
| |
| |
| |

Datum:

Versichertennummer:

Geburtsdatum:

- Erstantrag
 Höherstufung
 Beihilfeberechtigung

Antrag auf Leistungen

- Häusliche Pflege
 Sachleistungen
 Geldleistungen
 Kombinationsleistungen Stationäre Pflege (Pflegeheim)

Behandelnder Arzt

| | |
|---------------------|----------------------|
| Name, Vorname: | <input type="text"/> |
| Straße, Hausnummer: | <input type="text"/> |
| PLZ, Ort: | <input type="text"/> |
| Telefon/Fax: | <input type="text"/> |

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.

Ort, Datum

Unterschrift des Versicherten

