

Name des Leistungsberechtigten: _____

Häusliche Hilfe zur Pflege

1. Wer soll pflegen und was soll gemacht werden?

Tragen Sie bitte die Privatperson(en) und/oder den (Pflege)dienst ein und erläutern Sie die Tätigkeiten, die bei Ihnen durchgeführt werden sollen:

Pflegeperson /Dienst 1		
<u>Name, Vorname / Name des Dienstes:</u>		
<u>Anschrift:</u>		
<u>Telefonnummer:</u>	<u>Tätig seit:</u>	<u>Verwandtschaftsverhältnis zu Ihnen:</u>
<u>Tätigkeiten:</u>		

Pflegeperson /Dienst 2		
<u>Name, Vorname / Name des Dienstes:</u>		
<u>Anschrift:</u>		
<u>Telefonnummer:</u>	<u>Tätig seit:</u>	<u>Verwandtschaftsverhältnis zu Ihnen:</u>
<u>Tätigkeiten:</u>		

Pflegeperson /Dienst 3		
<u>Name, Vorname / Name des Dienstes:</u>		
<u>Anschrift:</u>		
<u>Telefonnummer:</u>	<u>Tätig seit:</u>	<u>Verwandtschaftsverhältnis zu Ihnen:</u>
<u>Tätigkeiten:</u>		

Hilfe zur Pflege
08 Häusliche Pflege
2. Welcher Pflegegrad (PG) besteht bei Ihnen derzeit?

PG 1	PG 2	PG 3	PG 4	PG 5
kein Pflegegrad		beantragt		

3. Welche Leistungen erhalten Sie bereits aktuell von Ihrer Pflegekasse?

Pflegegeld
 Pflegesachleistung
 Kombinationsleistung
 Entlastungsbetrag
 keine Leistungen

4. Erhalten Sie bereits oder hätten Sie Anspruch auf folgende Leistungen? Wenn ja, in welcher Höhe?

Leistung	Nein	Ja	mtl. Betrag
Ansprüche auf Pflege aus privatem Vertrag			€
Pflegegeld aus Schadensersatz § 823 BGB			€
Pflegegeld § 44 SGB VII (gesetzl. Unfallversicherung)			€
Pflegegeld § 35 BVG			€
Blindengeld § 1 BHBG			€

5. Diese Unterlagen fügen Sie bitte dem Antrag in Kopie bei:

- aktueller Leistungsbescheid oder Ablehnungsbescheid der Pflegekasse
- letztes Gutachten des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK)
- Kostenvoranschlag des Pflegedienstes/haushaltsnahen Dienstleisters
- Arztberichte / Entlassbrief Krankenhaus o.ä. (wenn vorhanden)
- Gutachten im Rahmen Schwerbehinderung (wenn vorhanden)

	Datum	Unterschrift Antragsteller / Bevollmächtigter / Betreuer