

An  
**AOK Rheinland/Hamburg**  
Geschäftsbereich Pflege GZ: II.2.2.4  
Friedrich-Ebert-Str. 49  
  
45127 Essen

Kontakt: Renate Müller  
Telefon: 0221-22222222  
Fax: 0221-22222222  
Mail: [antraege@aok-rheinland-hamburg.de](mailto:antraege@aok-rheinland-hamburg.de)

Hamburg, den 5. Januar 2017

Betreff: **Erstantrag auf Feststellung des Pflegegrades**

Liebe Frau Müller,  
hiermit beantrage ich zur finanziellen Unterstützung der notwendigen ambulanten Pflege für meine Mutter:

Frieda Mustermann, geboren am 31.12.1940 - Versicherungsnummer: 2222222222  
Adresse: Muster Straße 24, 22222 Hamburg

als Antragsteller/in folgende Leistung/en:

**Kombinationsleistung § 38**

**Tagespflege § 41**

In der Anlage habe ich Ihnen folgende begutachtungsrelevante Informationen zusammengestellt:

- A.) wie die Pflege organisiert werden soll,
- B.) Angaben zu den betreuten Ärzten,
- C.) Kontoverbindung,
- D.) weitere relevante Information zur Pflegebedürftigkeit,
- E.) zum Begutachtungstermin,
- D.) zum Datenschutz

Sie oder der MDK kann mich zwecks Terminabstimmung gern telefonisch unter +49 40 22222222 anrufen.

Mit freundlichen Grüßen

Erika Mustermann

**A.) Angaben zur Organisation der Pflege****A.1.) Folgende pflegende Angehörige und/ oder andere Person/en übernehmen die häusliche Pflege**

<u>Kontaktdaten</u>	<u>Erstpfleger</u>	<u>Zweitpfleger</u>
Vor- und Nachname	Erika Mustermann	Peter Mustermann
Straße und Hausnummer	Muster Straße 20	Muster Straße 105
PLZ und Ort	22222 Hamburg	22222 Hamburg
Geburtsdatum		01.01.1965
Telefon	+49 40 22222222	+49 40 222222223
Soziale Leistungen	ja	nein

**A.2.) Folgende Dienstleister unterstützen die häusliche Pflege:**

<u>Kontaktdaten</u>	<u>Ambulanter Pflegedienst</u>	<u>Tages- und Nachtpflege</u>
Name	Sorgenfei Pflegedienst	Memory Tagespflege
Straße und Hausnummer	Muster Straße 66	Muster Straße 33
PLZ und Ort	22222 Hamburg	22222 Hamburg
Telefon	+49 40 222222224	+49 40 222222225

**B.) Folgende Ärzte betreuen den/die Antragsteller/in:**

<u>Kontaktdaten</u>	<u>Hausarzt</u>	<u>Facharzt</u>
Name	Peter Doktor	Carsten Nervenfroth, Neurologe
Straße und Hausnummer	Muster Straße 66	Muster Straße 23
PLZ und Ort	22222 Hamburg	22222 Hamburg
Telefon	+49 40 222222224	+49 40 22222228

**C.) Bitte überweisen Sie die Beträge auf folgendes Konto:**

	<u>Kontodaten</u>
<b>Geldinstiut</b>	<b>Muster Bank</b>
<b>Kontoinhaber</b>	<b>Erika Mustermann</b>
<b>IBAN</b>	<b>DE 2222 2222 2222 2222 22</b>
<b>BIC</b>	<b>BIC 222222XX</b>

Kontoinhaber ist der/die **Absender/in oder eine andere Vertrauensperson**

	<u>Vertrauensperson</u>
<b>Vor- und Nachname</b>	<b>Erika Mustermann</b>
<b>Geburtsdatum</b>	<b>01.01.1960</b>
<b>Straße und Hausnummer</b>	<b>Muster Straße 20</b>
<b>Postleitzahl und Ort</b>	<b>22222 Hamburg</b>

**Erklärung der Vertrauensperson als Kontoinhaber :**

Ich verpflichte mich, überzahlte Beträge für Pflegeleistungen nach dem Elften Sozialgesetzbuch an die Pflegekasse zurückzuzahlen. Außerdem verpflichte ich mich, der Pflegekasse jede Änderung meiner Bankverbindung und meines Wohnsitzes unverzüglich mitzuteilen.

---

Ort, Datum

Unterschrift der Vertrauensperson als Kontoinhaber

**D.) Relevante Fragen im Zusammenhang mit diesem Antrag:**

D.1.) Pflegebedürftigkeit ist Folge eines privaten Unfalls, eines Arbeitsunfalls, einer Berufskrankheit, eines Kriegs- oder Wehrdienstes?

Antwort: **nein**

D.2.) Könnte ein ärztliche Behandlungsfehler, ein Fehler im Rahmen der Geburtshilfe, ein Arzneimittelschaden oder ein fehlerhaftes Medizinprodukt Ursache für die Pflegebedürftigkeit sein?

Antwort: **Nein**

D.3.) Werden wegen der Pflegebedürftigkeit bereits von anderen Stellen (z. B. Versorgungsamt) oder aus dem Ausland Leistungen bezogen oder ist eine solche Leistung beantragt worden?

Antwort: **Nein**

D.4.) Ist oder war der Antragsteller Beamter oder Berufssoldat?

Antwort: **Ja**

D.5.) Ist oder war der lebende oder verstorbene Ehegatte oder Elternteil des Antragstellers Beamter oder Berufssoldat?

Antwort: **Nein**

D.6.) Besteht eine Berechtigung zur Beihilfe?

Antwort: **Ja, Beihilfeanspruch als Ehepartner/in**

## **E. Begutachtungstermin**

Eine Begutachtung des Antragstellers ist aus zwingendem Grund wie Kurzzeitpflege, Krankenhausbehandlung oder stationäre Rehabilitationsmaßnahme nicht vor dem folgenden Termin möglich:

**Montag, 16 Januar, 17**

Aus zwingenden Gründen ist an folgenden Wochentagen eine Begutachtung nicht möglich:

**Montag, Freitag, Samstag.**

Es sind keine Terminwünsche vorhanden., Folgender Termin für die Begutachtung wäre wünschenswert:

**Mittwoch, 18 Januar, 17**

Ich bitte um Zusendung des Pflegegutachtens an folgende Adressaten:

**Antragsteller, Absender, Ambulanten Pflegedienst**

## F.) Anmerkungen zum Datenschutz

### F.1.) Zustimmung zur Befragung aller Versorger

Ich entbinde meine Ärzte, die mich betreuenden Pflegekräfte, Pflegepersonen und etwaige Pflegeeinrichtungen von ihrer Schweigepflicht, soweit Unterlagen für Auskünfte zur Entscheidung über meinen Antrag auf Pflegeleistungen von der Pflegekasse und dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung benötigt werden. **Ja, stimme zu**

### F.2.) Zustimmung zur Befragung aller Versorger

Ich willige hiermit ein, dass zur Prüfung der Pflegebedürftigkeit alle an meiner Versorgung Beteiligten von den durch die Pflegekasse beauftragten Gutachtern befragt werden dürfen. **Ja, stimme zu**

### F.3.) Kopie des Pflegegutachtens für den Arzt

Die Pflegekasse darf meinem behandelnden Arzt eine Kopie des Pflegegutachtens des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung zur Verfügung stellen. **Nein, stimme nicht zu**

### F.4.) Verpflichtung zur Aktualisierung von Informationen

a.) Ich verpflichte mich, jede Änderung der Verhältnisse, die einen Einfluss auf die Leistungen der sozialen Pflegeversicherung haben, unverzüglich der Pflegekasse mitzuteilen. Diese sind z. B. Umzug in ein Pflegeheim, Hinzunahme eines Pflegedienstes, Änderung der Bankverbindung, Änderung des Gesundheitszustandes (Besserung/Verschlechterung) und Beantragung oder Bezug von Beihilfe- oder Versorgungsleistungen. **Ja, stimme zu**

### F.5.) Verpflichtung zur Aktualisierung von Informationen

b.) Einige Leistungen der Pflegekasse werden im Voraus gezahlt. Hierdurch kann es zu Überzahlungen kommen. Ich verpflichte mich daher, überzahlte Beträge unverzüglich an die Pflegekasse zurückzuzahlen.  
c.) Ich ermächtige die Pflegekasse, überzahlte Leistungen der Pflegeversicherung auch mit Wirkung meinen Erben gegenüber zulasten meines Kontos beim jeweils kontoführenden Geldinstitut einzuziehen. Die entstehenden Bankgebühren trägt die Pflegekasse. **Ja, stimme zu**

**Erklärung:** Ich versichere, dass ich die Angaben in diesem Antrag wahrheitsgemäß nach bestem Wissen und Gewissen gemacht habe.

---

**Ort, Datum**                      **(Unterschrift Antragsteller/in)**                      **(Unterschrift der Vertrauensperson)**