

Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung bei vollstationärer Pflege

Hiermit beantrage ich, Name, Vorname der/des Pflegebedürftigen	 Geb.-Datum
 Anschrift (Straße, Postleitzahl, Ort)	 Telefon-Nr.
Allgemeine Angaben zur Pflegebedürftigkeit und zum Pflegebedarf	
Welcher Arzt behandelt Sie derzeit?	Name, Ort _____
In welchen Bereichen wird Hilfe benötigt?	Körperpflege () Bewegungsabläufe () Ernährung () Haushaltsführung ()
Wie häufig ist bei der Haushaltsführung Hilfe nötig?	() 1 x wöchentlich () mehrfach wöchentlich
Wie häufig ist zu verschiedenen Tageszeiten in den Bereichen - Körperpflege - Ernährung - Bewegungsabläufe Hilfe nötig?	() 1 x täglich () 2 x täglich () 3 x täglich () _ x täglich () Rund-um-die-Uhr Begründung _____
Wie viel Zeit wird für die Pflege aufgewendet?	täglich ____ Stunden wöchentlich ____ Stunden
Aus welchen Gründen ist eine Fortführung des eigenen Haushaltes oder die Betreuung in der Familie nicht mehr möglich?	() fehlen einer Pflegeperson () fehlende Pflegebereitschaft der Pflegeperson () Drohende oder bereits eingetretene Überforderung der Pflegeperson () Eigen- oder Fremdgefährdung des Pflegebedürftigen () Räumliche Gegebenheiten im häuslichen Bereich, die keine häusliche Pflege ermöglichen
Ist die Pflegebedürftigkeit auf einen Arbeitsunfall oder sonstigen Unfall zurückzuführen?	() nein () ja, auf _____

