

1 Angaben zum/zur Pflegebedürftigen

Name, Vorname		Geburtsdatum	
Straße	Hausnummer	PLZ	Ort
Versichertennummer		Telefon, tagsüber erreichbar (freiwillige Angabe)	

2 Angaben zur Pflegeleistung

1. Ich beantrage folgende Pflegeleistung (Hinweis: Bitte entscheiden Sie sich für **eine** Leistungsart!):

- Pflegesachleistung** (die Pflege wird durch Fachpersonal eines Pflegedienstes erbracht, hierzu zählt nicht die häusliche Krankenpflege)
- Pflegegeld** (die Pflege wird durch ehrenamtliche Personen erbracht, z.B. Familienangehörige, Freunde oder Nachbarn)
- Kombinationsleistung** (Kombination aus Pflegegeld und Pflegesachleistung)
- Vollstationäre Pflege** (die Pflege wird in einer vollstationären Pflegeeinrichtung erbracht) inklusive zusätzlicher Betreuungsleistungen

Die Pflege wird durchgeführt von folgenden ehrenamtlichen Personen bzw. folgendem Pflegedienst/Pflegeheim (bitte Namen und Anschrift angeben)

Name		Vorname	
Straße	Hausnummer	PLZ	Ort

2. Ich habe eine Vollmacht erteilt/werde amtlich betreut: Nein Ja (bitte Kopie der Vollmacht/Betreuungsurkunde beifügen)

3. Ich habe Anspruch auf Beihilfe/Heilfürsorge nach beamtenrechtlichen Vorschriften/Grundsätzen:

Nein Ja, bei

4. Die Pflegebedürftigkeit ist Folge

eines Arbeitsunfalls/einer Berufskrankheit
oder eines Versorgungsleidens/Kriegsschadens/Wehrdienstschadens
oder Schadens durch Dritte (z.B. Unfall, Behandlungsfehler, Geburtsschaden...)

Nein Ja (bitte fügen Sie den **Anerkennungsbescheid** bei, diesen benötigen wir in jedem Fall)

5. Ich erhalte bereits vergleichbare Pflegeleistungen von anderen in- oder ausländischen Stellen:

- Nein Ja, von Unfallversicherungsträger,
 Versorgungsamt
 Sozialamt
 sonstige Leistungsstelle:

(bitte entsprechenden **Bescheid** beifügen)

6. Ich war in den letzten zehn Jahren wie folgt krankenversichert:

Vom	<input type="text"/>	bis	<input type="text"/>	bei	<input type="text"/>
Vom	<input type="text"/>	bis	<input type="text"/>	bei	<input type="text"/>

3 Bankverbindung

Das Pflegegeld soll überwiesen werden auf folgende Bankverbindung:

Name, Vorname KontoinhaberIn (falls abweichend vom Antragsteller/von der Antragstellerin)

IBAN

Ich bin damit einverstanden, dass mein behandelnder Arzt/meine behandelnde Ärztin vorhandene ärztliche Berichte, Gutachten und Befunddokumentationen dem Medizinischen Dienst zur Verfügung stellt, soweit sie für die Begutachtung der Pflegebedürftigkeit erforderlich sind.

Datum	Ort
-------	-----

Unterschrift der/des Versicherten oder der/des Bevollmächtigten/Betreuers/Betreuerin/gesetzl. Vertreters/Vertreterin
--

Bitte beachten Sie, dass der Antrag ab postalischem Eingang bei der Pflegekasse der Heimat Krankenkasse als gestellt gilt.

Hinweise zum Datenschutz und zur Mitwirkungspflicht:

Ihr Mitwirken ist nach § 60 SGB I erforderlich. Fehlt Ihre Mitwirkung, kann dies zu Nachteilen (z.B. bei Leistungsansprüchen) führen. Die datenschutzrechtlichen Informationen zur Verarbeitung Ihrer Daten finden Sie auf unserer Webseite unter www.heimat-krankenkasse.de/datenschutz oder fordern Sie diese Informationen gerne direkt bei uns an. Liegt ein Beihilfeanspruch vor und sind rentenversicherungspflichtige Pflegepersonen (§ 44 Abs. 5 SGB XI) vorhanden, werden diese an die Beihilfestelle zur Aufnahme der Beitragszahlung gemeldet.

Heimat Krankenkasse

Herforder Straße 23 · 33602 Bielefeld · Service-Telefon 0800 1060100 (kostenfrei)

Stand 02.2025



Bitte zurücksenden an:

Heimat Krankenkasse
Pflegekasse
Herforder Straße 23
33602 Bielefeld