

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 wählen Sie nur eine Leistungsart aus.)

- 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 von folgender ehrenamtlichen Person durchgeführt (bitte Namen und Anschrift angeben):

Name		Vorname	
Straße	Hausnummer	PLZ	Ort

Die Pflege wird von folgendem Pflegedienst bzw. von folgender Pflegeeinrichtung durchgeführt (bitte Namen und Anschrift angeben):

Name des Pflegedienstes/der Pflegeeinrichtung			
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 bis bei

Vom bis bei

3 Bankverbindung

Das Pflegegeld soll überwiesen werden auf folgende Bankverbindung:

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

Sofern bei Ihnen in den nächsten 25 Arbeitstagen geplante Abwesenheiten, wie z. B. ein wichtiger Arzttermin, Urlaub oder ein Krankenhausaufenthalt, vorliegen, teilen Sie uns diese bitte telefonisch oder schriftlich mit.

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 06.2025



Bitte zurücksenden an:

Heimat Krankenkasse
Pflegekasse
Herforder Straße 23
33602 Bielefeld