



## BETR.: ANTRAG AUF ZUERKENNUNG BZW. ERHÖHUNG DES PFLEGEGERDES NACH DEM BUNDESPFLEGEGERDEGESETZ

Eingangsstampiglie

FÜR

|                                   |  |  |  |  |            |      |      |  |  |
|-----------------------------------|--|--|--|--|------------|------|------|--|--|
| Versicherungsnummer <sup>1)</sup> |  |  |  |  |            |      |      |  |  |
| Lfd. Nr.                          |  |  |  |  | Geb.-Datum |      |      |  |  |
|                                   |  |  |  |  |            |      |      |  |  |
|                                   |  |  |  |  | Tag        | Mon. | Jahr |  |  |

<sup>1)</sup> Falls die Versicherungsnummer nicht bekannt ist, geben Sie bitte Ihr Geburtsdatum an.

|  |     |               |  |  |
|--|-----|---------------|--|--|
| Familien- und Vorname  |     | Familienstand | Pensionsnummer / Aktenzeichen<br>(Nur anzugeben, wenn diese(s) nicht mit der Versicherungsnummer ident ist.) |  |
| Adresse – Straße, Gasse, Platz, Hausnummer, Stiege, Stock, Tür   |     |               |  |  |
| Postleitzahl   | Ort | Bezirk        | Telefonnummer  |  |
| Bei einem vorübergehenden Aufenthalt in einem Heim, Krankenhaus, bei Familienangehörigen usw. geben Sie bitte die genaue Adresse bekannt |     |               |  |  |

**DURCH** (nur ausfüllen, wenn der Antrag von der pflegebedürftigen Person nicht selbst gestellt werden kann)

|  |  |   |   |
|--|--|---|---|
| Familien- und Vorname  |  |   |   |
| Adresse – Straße, Gasse, Platz, Hausnummer, Stiege, Stock, Tür |  |   |   |
| Postleitzahl   | Ort  | Bezirk  | Telefonnummer   |
| <b>ICH BIN</b>   | <input type="checkbox"/> der gesetzliche Vertreter | <input type="checkbox"/> der gerichtlich bestellte Sachwalter <sup>2)</sup> | <input type="checkbox"/> der Vormund <sup>2)</sup> <input type="checkbox"/> ..... |

<sup>2)</sup> Bitte Bestellurkunde dem Antrag beilegen, wenn die Bestellung dem Versicherungsträger noch nicht angezeigt wurde!

**Ich beantrage**

Zutreffendes bitte ankreuzen

- die ZUERKENNUNG DES PFLEGEGERDES
- die ERHÖHUNG DES PFLEGEGERDES

Die zur Bearbeitung des Antrages erforderlichen Fragen beantworte ich wahrheitsgemäß auf der Rückseite dieses Antragsformblattes.

Ich nehme zur Kenntnis, daß jede mir bekannte Veränderung in den Voraussetzungen für den Pflegegeldbezug, die den Verlust, eine Minderung, das Ruhen des Anspruches (z.B. ab dem zweiten Tag eines Krankenhausaufenthaltes oder bei Unterbringung in einer Anstalt auf Bundeskosten) oder eine Anrechnung auf das Pflegegeld (bei Bezug anderer pflegebezogener Leistungen neben dem Pflegegeld) zur Folge haben, der auszahlenden Stelle binnen vier Wochen zu melden ist.

Datum

Unterschrift

DVR: 0024244

Bitte wenden!

Auskunft und Beratung:

Wir bitten Sie, unsere Abteilung und die Versicherungsnummer (VSNR) bei jedem Schriftwechsel anzuführen und Ihr Schreiben nicht namentlich an einen unserer Mitarbeiter zu richten.

**1. Wegen welcher Leiden ist Betreuung und Hilfe erforderlich bzw. hat sich Ihr Pflegebedarf erhöht?**

(Eventuell vorhandene Befunde von Ihrem Arzt oder Krankenhaus legen Sie bitte bei – auch in Kopie.)

.....

Bei neuerlicher Antragstellung vor Ablauf eines Jahres nach der letzten rechtsgültigen Entscheidung ist jedenfalls ein ärztliches Attest vorzulegen.

**2. Sind Sie gehfähig und imstande zu einer ärztlichen Untersuchung zu erscheinen?**

- ja
- nein

**3. Befinden oder befanden Sie sich innerhalb der letzten drei Monate vor der Antragstellung in einer in- oder ausländischen Krankenanstalt (z.B. Krankenhaus, Spital, Heilstätte, Kurheim)?**

- nein
- ja

.....  
(Krankenanstalt, Aufenthalt von – bis, Kostenträger)  
Sollten Sie über den Anstaltsaufenthalt Unterlagen besitzen, senden Sie diese bitte mit.

**4. Sind Sie durch einen Unfall pflegebedürftig geworden?**

- nein
- ja – Datum des Unfalls: .....
- Liegt fremdes Verschulden am Unfall vor?  ja  nein
- Handelt es sich um einen Arbeitsunfall?  ja  nein
- Wurde eine Unfallanzeige erstattet?  ja  nein

Wenn ja, bei welcher Stelle? .....

**5. Beziehen oder beantragten Sie aufgrund Ihres Gesundheitszustandes bereits eine dem Pflegegeld ähnliche in- oder ausländische Leistung (z.B. Landespflegegeld, Pflegezulage, Blindenzulage)?**

- nein
- ja

.....  
(Art der Leistung, auszahlende Stelle, Aktenzeichen)

**6. Beziehen oder beantragten Sie aufgrund Ihres Gesundheitszustandes erhöhte Familienbeihilfe?**

- nein
- ja

.....  
(auszahlende Stelle, Aktenzeichen)

**7. Beziehen oder beantragten Sie noch eine weitere Pension oder Rente, einen Ruhe- oder Versorgungsgenuß und dergleichen?**

- nein
- ja

.....  
(Art der Leistung, auszahlende Stelle, Aktenzeichen)

Beilage(n):