



Formloser Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung für Palliativpatienten

Versicherter

Name, Vorname

Geburtsdatum

Strasse, HsNr.

PLZ, Ort

Telefon

Krankenkasse

Vers. Nr.

- Erstantrag** Antrag auf Leistungen bei häuslicher Pflege stationärer Pflege
Leistungen als Geldleistungen Sachleistungen
oder als Kombinationsleistungen

Höherstufungsantrag

Bankverbindung

Kontoinhaber(in)

IBAN

Kreditinstitut

BIC

Ich erhalte bereits Pflegeleistungen von

dem Sozialamt

der Unfallversicherung

Die **Pflege** wird durchgeführt von:

Name und Anschrift Pflegedienst/-einrichtung (bei Sach-/ oder Kombinationsleistungen)

Name und Anschrift der Pflegeperson (bei Geld-/ oder Kombinationsleistungen)

Die **ärztliche Versorgung** erfolgt durch:

Augsburger Palliativversorgung gemeinnützige GmbH, Stadtberger Str. 21, 86157 Augsburg

Name und Anschrift des Palliativdienstes

Name und Anschrift des Hausarztes / Facharztes

Vorsorgebevollmächtigte(r)*

Gesetzlich bestellte(r) BetreuerIn*

Name und Anschrift des/der Vorsorgebevollmächtigten oder des/der gesetzlich bestellten Betreuers/Betreuerin

* Kopie der Vorsorgebevollmächtigung oder Kopie des Betreuungsausweises liegt diesem Antrag bei

Hinweis für die Krankenkassen und den MDK

Es wird vorsorglich darauf hingewiesen, dass der Antrag eines Palliativpatienten auf Leistungen der Pflegeversicherung gemäß § 18 Abs. 3 SGB XI innerhalb einer Woche vom MDK bevorzugt bearbeitet werden muss.

Einverständniserklärung Datenschutz

Ich bin damit einverstanden, dass dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung im Auftrag der Pflegekasse von o. g. Arzt/Ärzten vorhandene ärztliche Berichte, Gutachten und Befunddokumentationen zur Einsichtnahme zur Verfügung gestellt werden, soweit diese für die Begutachtung und Befunddokumentation erforderlich sind und/oder soweit diese für die Begutachtung und Entscheidung über meinen Antrag auf Pflegeleistungen erforderlich sind.

Datum

Unterschrift des Versicherten oder des/der Vorsorgebevollmächtigten/BetreuerIn