



**Damit es für Sie schneller geht, lesen wir Ihren Antrag elektronisch ein.  
Deshalb unsere Bitte an Sie: Füllen Sie die Kästchen in DRUCKBUCHSTABEN aus  
und unterschreiben Sie den Antrag – vielen Dank!**

Erstantrag       Höherstufungsantrag

Änderung der Pflegeleistung ab: 

--	--	--	--	--	--	--	--

Vorname Name des/der Pflegebedürftigen

Geburtsdatum

Straße und Hausnummer

Versichertennummer

Postleitzahl und Wohnort

Telefon

**Ich beantrage Leistungen für meine Pflege durch (Mehrfachnennung möglich)**

Angehörige oder eine andere Privatperson

Vorname Name

Vorname Name

Straße und Hausnummer

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Wohnort

Postleitzahl und Wohnort

--	--	--	--	--	--	--	--

Geburtsdatum

Telefon

--	--	--	--	--	--	--	--

Geburtsdatum

Telefon

**Pflegezeit/Familienpflegezeit wurde beim Arbeitgeber beantragt**

--	--	--	--	--	--	--	--

von

--	--	--	--	--	--	--	--

bis

**Pflegezeit/Familienpflegezeit wurde beim Arbeitgeber beantragt**

--	--	--	--	--	--	--	--

von

--	--	--	--	--	--	--	--

bis

eine Tages- oder Nachtpflegeeinrichtung

einen Pflegedienst

ein Pflegeheim oder eine Einrichtung/Wohnform der Eingliederungshilfe

Tag der Heimaufnahme/  
Tag des Einzugs:

--	--	--	--	--	--	--	--

Name des Pflegedienstes/der Einrichtung, der/die meine Pflege durchführt:

Name

Anschrift



Vorname Name

Versichertennummer

Ich habe folgende gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit:

Die Pflege wird derzeit nicht in meinem Haushalt durchgeführt sondern:

Vorname Name

Telefon

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Wohnort

Meine Pflegebedürftigkeit ist Folge eines privaten Unfalls, eines Arbeitsunfalls, einer Berufskrankheit, eines Kriegs- oder Wehrdienstes

 Ja Nein

Vermuten Sie einen ärztlichen Behandlungsfehler, einen Fehler im Rahmen der Geburtshilfe, einen Arzneimittelschaden oder ein fehlerhaftes Medizinprodukt als Ursache für die Pflegebedürftigkeit?

 Ja Nein

Wegen meiner Pflegebedürftigkeit bekomme ich bereits von anderen Stellen (z. B. Versorgungsamt) oder aus dem Ausland Leistungen oder ich habe eine solche Leistung beantragt

 Ja Nein

Ich bin oder war Beamter oder Berufssoldat

 Ja Nein

Mein Ehegatte bzw. ein Elternteil ist oder war Beamter oder Berufssoldat (bitte auch angeben, wenn der verstorbene Ehegatte/Elternteil Beamter oder Berufssoldat war)

 Ja Nein

Name und Anschrift der Beihilfestelle

Ich bin bereits seit mindestens zwei Jahren bei der AOK Rheinland/Hamburg versichert

 Ja Nein, zuvor war ich versichert bei

bisherige Krankenkasse



Vorname Name

Versichertennummer

**Mein Hausarzt ist**

Name

Telefon

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Wohnort

Für mich ist ein Betreuer bestellt bzw. ich habe einen schriftlichen Bevollmächtigten (bitte entsprechende Urkunde und Nachweise beifügen)

 Ja Nein

Vorname Name des Betreuers oder Bevollmächtigten

Telefon

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Wohnort

Ich habe **keinen** Betreuer oder Bevollmächtigten. Für Rückfragen zu meinem Antrag können Sie sich aber an folgende Person meines Vertrauens wenden:

Vorname Name

Telefon

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Wohnort

**Einschränkungen zum Begutachtungstermin:**Zeitraum, in dem eine Begutachtung aus **zwingenden** Gründen **nicht** möglich ist (z. B. wegen eines Krankenhausaufenthaltes, einer Rehabilitation, einer Kurzzeitpflege):

von

bis

von

bis

An folgenden Werktagen ist eine Begutachtung aus **zwingenden** Gründen **nicht** möglich (z. B. wegen einer Dialyse, einer Chemotherapie): Montag Dienstag Mittwoch Donnerstag Freitag Samstag Ich bitte die AOK Rheinland/Hamburg, mir mein Pflegegutachten zu übersenden.

Vorname Name

Versichertennummer

**Bitte zahlen Sie das beantragte Pflegegeld:** auf mein eigenes Konto

Geldinstitut

IBAN

 auf das Konto einer Person meines Vertrauens  
(die Vertrauensperson hat die nachstehende Erklärung abzugeben)

Vorname Name der Vertrauensperson

Geburtsdatum

Anschrift

Geldinstitut

IBAN

**Einwilligungserklärung der Vertrauensperson zur Verarbeitung personenbezogener Daten**

Hiermit willige ich in die Verarbeitung meiner Kontodaten durch die AOK Rheinland/Hamburg ein. Die Datenverarbeitung erfolgt ausschließlich zur Auszahlung von Pflegeleistungen. Die Einwilligung erfolgt auf freiwilliger Basis und ich kann sie jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Durch den Widerruf meiner Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der bis dahin erfolgten Verarbeitung nicht berührt. Meinen Widerruf kann ich schriftlich oder per E-Mail an folgende Stelle richten: AOK Rheinland/Hamburg, 40466 Düsseldorf, E-Mail: [widerruf@rh.aok.de](mailto:widerruf@rh.aok.de).

Ich verpflichte mich, überzahlte Beträge für Pflegeleistungen nach dem SGB XI an die Pflegekasse bei der AOK Rheinland/Hamburg – Die Gesundheitskasse zurückzuzahlen. Außerdem verpflichte ich mich, der Pflegekasse jede Änderung meiner Bankverbindung und meines Wohnsitzes unverzüglich mitzuteilen.

Datum

Unterschrift der Vertrauensperson als Kontoinhaber



Vorname Name

Versichertennummer

## Erklärung zum Antrag auf Pflegeleistungen und zur Entbindung von der Schweigepflicht

Ich entbinde meine Ärzte, die mich betreuenden Pflegekräfte, Pflegepersonen und etwaige Pflegeeinrichtungen von ihrer Schweigepflicht, soweit Unterlagen für Auskünfte zur Entscheidung über meinen Antrag auf Pflegeleistungen von der Pflegekasse und dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung benötigt werden.

Ja  Nein

Ferner willige ich hiermit ein, dass zur Prüfung der Pflegebedürftigkeit alle an meiner Versorgung Beteiligten von den durch die Pflegekasse beauftragten Gutachtern befragt werden dürfen.

Ja  Nein

Die Pflegekasse darf meinem behandelnden Arzt eine Kopie des Pflegegutachtens des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung zur Verfügung stellen.

Ja  Nein

Ich verpflichte mich, jede Änderung der Verhältnisse, die einen Einfluss auf die Leistungen der sozialen Pflegeversicherung haben, **unverzüglich** der Pflegekasse mitzuteilen. Diese sind z. B. **Umzug in ein Pflegeheim, Hinzunahme eines Pflegedienstes, Änderung der Bankverbindung, Änderung des Gesundheitszustandes (Besserung/Verschlechterung) und Beantragung oder Bezug von Beihilfe- oder Versorgungsleistungen.**

Einige Leistungen der Pflegekasse werden im Voraus gezahlt. Hierdurch kann es zu Überzahlungen kommen. Ich verpflichte mich daher, überzahlte Beträge unverzüglich an die Pflegekasse zurückzuzahlen.

Ich ermächtige die Pflegekasse, überzahlte Leistungen der Pflegeversicherung auch mit Wirkung meinen Erben gegenüber zulasten meines Kontos beim jeweils kontoführenden Geldinstitut einzuziehen. Die entstehenden Bankgebühren trägt die Pflegekasse.

Ja, ich stimme zu  Nein, ich stimme nicht zu

Ich versichere, dass ich die Angaben in diesem Antrag wahrheitsgemäß nach bestem Wissen und Gewissen gemacht habe.

Datum

Unterschrift des Pflegebedürftigen bzw. Betreuers/Bevollmächtigten

Bei den Telefonnummern handelt es sich aktuell um Pflichtangaben, die ausschließlich zur Bearbeitung Ihres Leistungsantrages genutzt werden. Da aufgrund der aktuellen Situation der Pandemie Covid-19 eine persönliche Kontaktaufnahme durch die AOK Rheinland/Hamburg und den Medizinischen Dienst nicht möglich ist, benötigen wir verpflichtend die Telefonnummern zur schnellen und abschließenden Bearbeitung Ihres Antrages.

### Datenschutzhinweis

Die Daten werden zur Erfüllung unserer Aufgaben nach § 94 Abs. 1 SGB XI zum Zwecke Leistungsgewährung nach §§ 28, 28a SGB XI erhoben und verarbeitet. Ihr Mitwirken ist nach § 60 SGB I erforderlich. Fehlende Mitwirkung kann zu Nachteilen z. B. bei den Leistungsansprüchen führen. Empfänger Ihrer Daten können im Rahmen gesetzlicher Pflichten und Mitteilungsbefugnisse Dritte oder von uns beauftragte Dienstleister sein. Allgemeine Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten finden Sie unter [aok.de/rh/datenschutzrechte](http://aok.de/rh/datenschutzrechte) oder stellen wir Ihnen auf Wunsch zur Verfügung. Bei Fragen wenden Sie sich an die AOK Rheinland/Hamburg, Kasernenstr. 61, 40213 Düsseldorf, oder unseren Datenschutzbeauftragten unter [datenschutz@rh.aok.de](mailto:datenschutz@rh.aok.de).



Ohne das große Engagement von Angehörigen oder Freunden ist die Betreuung von pflegebedürftigen Menschen undenkbar. Nicht selten verzichten die ehrenamtlich Pflegenden aufgrund der Pflegetätigkeit teilweise oder sogar ganz auf eine eigene Berufstätigkeit. Um diesen hohen Einsatz anzuerkennen und keine Nachteile gegenüber Berufstätigen entstehen zu lassen, hat der Gesetzgeber die Möglichkeit der Pflegezeit sowie die soziale Absicherung der Pflegeperson geregelt. Nachstehend informieren wir Sie darüber.

## Kurzzeitige Arbeitsverhinderung und Pflegezeit

Beschäftigte haben das Recht

- bis zu **zehn Arbeitstagen** der Arbeit fern zu bleiben (kurzzeitige Arbeitsverhinderung) oder
- sich bis zu **sechs Monate** (Pflegezeit) bzw. 24 Monate (Familienpflegezeit) von der Arbeitsleistung vollständig oder teilweise freistellen zu lassen,

um pflegebedürftige Angehörige in häuslicher Umgebung zu pflegen oder deren Versorgung zu organisieren.

Sofern Sie **Arbeitslosengeld I oder II** beziehen, wenden Sie sich für weitere Auskünfte bitte an die für Sie zuständige Stelle der Bundesagentur für Arbeit (BA) bzw. das zuständige Jobcenter.

Die kurzzeitige Arbeitsverhinderung muss nicht beim Arbeitgeber beantragt werden; es reicht aus, wenn Sie Ihren Arbeitgeber umgehend darüber informieren. Dem Arbeitgeber ist auf Verlangen eine ärztliche Bescheinigung über die Pflegebedürftigkeit des nahen Angehörigen und die Erforderlichkeit der bedarfsgerechten Organisation der Pflege vorzulegen. Während der kurzzeitigen Arbeitsverhinderung besteht grundsätzlich ein Anspruch auf Pflegeunterstützungsgeld von der Pflegekasse des Pflegebedürftigen.

Die Inanspruchnahme der **Pflegezeit/Familienpflegezeit** ist durch Vorlage einer Bescheinigung der Pflegekasse oder des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) über die Pflegebedürftigkeit des nahen Angehörigen nachzuweisen. Pflegenden haben die Pflegebedürftigkeit des Angehörigen gegenüber ihrem Arbeitgeber vor Inanspruchnahme der Pflegezeit und spätestens 10 Arbeitstage vor Beginn schriftlich anzukündigen. Bei der Familienpflegezeit sind dies acht Wochen. Die Pflegezeit kann bis zu einer Dauer von längstens sechs Monaten für jeden pflegebedürftigen nahen Angehörigen vereinbart werden (Höchstdauer 24 Monate bei der Familienpflegezeit). Ein Rechtsanspruch auf die Pflegezeit besteht dann,

wenn der Arbeitgeber in der Regel mehr als 15 Arbeitnehmer (25 Arbeitnehmer bei der Familienpflegezeit) beschäftigt. Der MDK wird dazu im Rahmen der Begutachtung des Pflegebedürftigen eine entsprechende Bescheinigung ausstellen. Nehmen Sie die Pflegezeit in Anspruch, übernimmt die Pflegekasse einen Zuschuss zur freiwilligen Kranken- und Pflegeversicherung. Bitte fragen Sie danach.

## Absicherung in der Renten- und Arbeitslosenversicherung

Wer einen pflegebedürftigen mit mindestens Pflegegrad 2 wenigstens 10 Stunden wöchentlich verteilt auf regelmäßig mindestens zwei Tage in der Woche in seiner häuslichen Umgebung pflegt, ist unter bestimmten Voraussetzungen gesetzlich renten- und arbeitslosenversichert. Die Beiträge zahlt die Pflegekasse. Dies gilt bezüglich der Rentenversicherung nicht, wenn die Pflegeperson regelmäßig mehr als 30 Stunden wöchentlich selbst erwerbstätig ist. In der Arbeitslosenversicherung ist dies nur dann möglich, soweit die Pflegeperson ihre Berufstätigkeit aufgrund der Pflege des Angehörigen beendet. Damit die Pflegekasse für Sie Beiträge zahlen kann, erhalten Sie von uns automatisch einen Antrag, den Sie uns bitte vollständig ausgefüllt zurücksenden.

Sollte der pflegebedürftige Anspruch auf Beihilfeleistungen haben, so beachten Sie bitte, dass wir dazu verpflichtet sind, die Daten der Pflegeperson an die Beihilfestelle zu übermitteln, soweit eine Renten- und Arbeitslosenversicherungspflicht besteht.

## Absicherung in der Unfallversicherung

Pflegepersonen sind automatisch beitragsfrei in der Schutz der gesetzlichen Unfallversicherung einbezogen, soweit der pflegebedürftige mindestens der Pflegegrad 2 hat. Die gesetzliche Unfallversicherung tritt mit Leistungen ein, wenn die Pflegeperson im Zusammenhang mit der Pflege einen Unfall erleidet.

## Absicherung in der Kranken- und Pflegeversicherung

Eine besondere soziale Absicherung der Pflegepersonen ist in der Kranken- und Pflegeversicherung nicht vorgesehen. Über die Sicherstellung Ihrer Kranken- und Pflegeversicherung beraten wir Sie gerne.



## Ergänzende Fragen zum Höherstufungsantrag

AOK Rheinland/Hamburg  
Die Gesundheitskasse



Unternehmenssteuerung  
Pflegekasse

Vorname Name

Versichertennummer

Was genau hat sich seit der letzten Begutachtung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung verschlechtert? Was beeinträchtigt Sie im Alltag am meisten?

Bitte beschreiben Sie Ihre Probleme und den Hilfebedarf möglichst konkret mit eigenen Worten:

Liegen kognitive, d. h. geistige Beeinträchtigungen vor?

Ja

Nein

Hinweise auf kognitive Beeinträchtigungen sind gegeben, wenn z. B. vertraute Personen aus dem näheren Umfeld nicht immer erkannt werden, man nicht weiß, wo man sich befindet und welcher Tagesabschnitt angebrochen ist oder Risiken, wie ein angeschalteter Herd oder eine verkehrsreiche Straße nicht erkannt werden.

Bitte beschreiben Sie Ihre Probleme und den Hilfebedarf möglichst konkret mit eigenen Worten:

Haben Sie schwere psychische Probleme und benötigen deshalb Hilfe?

Ja

Nein

Hinweise auf relevante psychische Problemlagen können eine psychiatrische Behandlung, Psychotherapie, vorangegangene (fachpsychiatrische) Krankenhausbehandlungen oder eine entsprechende (Bedarfs-)Medikation sein.

Bitte beschreiben Sie Ihre Probleme und den Hilfebedarf möglichst konkret mit eigenen Worten:



Vorname Name

Versichertennummer

Benötigen Sie Hilfe...

... beim Stellen Ihrer Medikamente?  Ja,  x pro Tag  Nein... bei der Einnahme Ihrer Medikamente?  Ja,  x pro Tag  Nein... bei Arztbesuchen?  Ja,  x pro Monat  Nein

Hier können Sie alle weiteren Hilfen angeben, die Sie im Umgang mit Ihrer Erkrankung benötigen (z. B. Krankengymnastik, Wundversorgung, Spritzen):

Sollten Ihnen aktuelle Arztberichte und/oder Krankenhausentlassungsberichte vorliegen, fügen Sie uns bitte Kopien bei.

Dürfen wir Sie bei Rückfragen anrufen?  Ja, unter   Nein

Telefon\*

	<b>Brauche keine Hilfe</b>	<b>Brauche wenig Hilfe</b>	<b>Brauche sehr viel Hilfe</b>	<b>Kann überhaupt nicht mithelfen</b>
Drehen/Wenden im Bett	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aufstehen aus dem Sitzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bewegen innerhalb der Wohnung (auch mit dem Rollator oder Rollstuhl)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Treppensteigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Waschen des vorderen Oberkörpers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kämmen, Rasieren, Zähneputzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Waschen des Intimbereichs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Duschen und Baden einschließlich Waschen der Haare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
An- und Auskleiden des Oberkörpers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
An- und Auskleiden des Unterkörpers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zerkleinern der Nahrung und Eingießen von Getränken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Essen (Nahrung zum Mund führen und eigenständig essen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trinken (Glas zum Mund führen und eigenständig trinken)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Benutzen einer Toilette oder eines Toilettenstuhls (zum WC gehen und sich eigenständig säubern)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Datum

Unterschrift des Pflegebedürftigen bzw. Betreuers/Bevollmächtigten

\* Die Angabe ist freiwillig. Sie unterstützen allerdings eine zeitnahe Prüfung des Leistungsanspruches. Der Nutzung können Sie jederzeit widersprechen.

