

Techniker Krankenkasse
20902 Hamburg

Leistungen der TK-Pflegeversicherung

Bitte Zutreffendes ankreuzen bzw. ausfüllen.

Angaben zur/zum Pflegebedürftigen

Nachname, Vorname

Straße, Nr.

PLZ

Ort

Geburtsdatum (TT MM JJJJ)

Versichertennummer

Angaben zum Antrag

Bitte teilen Sie uns mit, um welchen Antrag es sich handelt.

Erstantrag auf einen Pflegegrad Höherstufungsantrag

Angaben zur Pflegeleistung

Bitte geben Sie die Pflegeleistung an.

<input type="checkbox"/> Pflegesachleistung Pflege durch einen Pflegedienst	<input type="checkbox"/> Pflegegeld Pflege durch Angehörige/Bekannte
<input type="checkbox"/> vollstationäre Pflege Pflege in einer Einrichtung	<input type="checkbox"/> Tages- und Nachtpflege
<input type="checkbox"/> vollstationäre Einrichtung der Hilfe für behinderte Menschen	<input type="checkbox"/> Kombinationsleistung Pflege durch einen Pflegedienst und durch Angehörige/Bekannte

Hinweis zur Kombinationsleistung: Wenn der monatliche Höchstbetrag nicht ausgeschöpft wird, zahlen wir zusätzlich Pflegegeld für eine selbst gewählte Pflegeperson.

Angaben zur Pflegeperson bzw. Einrichtung

Name der Pflegeperson

Straße, Nr.

PLZ

Ort

Die Pflegeperson hat gegenüber ihrem Arbeitgeber Pflegezeit angekündigt oder mit ihrem Arbeitgeber eine Familienpflegezeit vereinbart.

Name der Einrichtung

PLZ

Ort



Angaben zu den Ursachen der Pflege

Wenn keine der Aussagen zutrifft, brauchen Sie hierzu keine Angaben zu machen.

- Es handelt sich um eine Berufskrankheit oder um Folgen eines Arbeits-/Schulunfalls.
- Es handelt sich um einen Behandlungsfehler oder um Folgen eines Pflegefehlers.
- Die Erkrankung ist Folge eines sonstigen Unfalls.

Angaben zur Pflegeversicherung

Diese Angaben brauchen wir nur, wenn innerhalb der letzten 10 Jahre keine Pflegeversicherung bei der TK bestand.

Name und Ort der Versicherung

Versichertennummer

z. B. AOK Bayern, DAK, Allianz

Angaben zu Leistungsbezügen

- Es besteht nach beamtenrechtlichen Vorschriften Anspruch auf Beihilfe oder Heilfürsorge.

Name und Ort der Beihilfestelle

Mitgliedsnummer bzw. Aktenzeichen

- Es werden bereits Pflegeleistungen von anderen Sozialleistungsträgern gezahlt bzw. es wurden welche beantragt.

z. B. Versorgungsamt, Berufsgenossenschaft, Sozialhilfeträger, ausländischer Leistungsträger

Name des Sozialleistungsträgers

Mitgliedsnummer bzw. Aktenzeichen

Angaben zur Bankverbindung

D, E
IBAN

Bitte geben Sie uns Ihre Bankverbindung an, damit wir Ihnen ggf. den Betrag für die Pflegeleistung überweisen können.

Abweichende/r Kontoinhaber/in

Angaben für Rückfragen

Telefon

freiwillige Angabe



Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass Ihre Angaben richtig sind. Bitte teilen Sie uns Änderungen so schnell wie möglich mit.

Datum, Unterschrift (ggf. gesetzliche Vertretung)

Nur wer das 15. Lebensjahr vollendet hat, kann selbst Anträge auf Sozialleistungen stellen.

Hinweis bei minderjährigen Kindern: Sofern es mehr als eine/n Sorgeberechtigte/n gibt, die/der auch für die Pflege das Sorgerecht hat, ist eine vorherige – schriftliche oder mündliche – Zustimmung dieses/dieser Sorgeberechtigten zu diesem Antrag erforderlich. Mit der Unterschrift erklären Sie, dass diese Zustimmung erfolgt ist.

Die persönlichen Daten (Sozialdaten) brauchen wir, um unsere Aufgaben richtig zu erledigen. Die Rechtsgrundlage hierfür ist § 94 SGB XI.