

## Antrag auf Betreuungsleistungen nach § 45 b SGB XI

**Bitte auf der letzten Seite unterschreiben!**

Nachname, Vorname der Versicherten	Geburtsdatum	Telefon-Nr.
Straße, Hausnummer		RV-Nummer
Postleitzahl / Wohnort		KV-Nummer

**Beantragt wird:**

- die Feststellung, ob Anspruch auf den Grundbetrag oder den erhöhten Betrag besteht (Erstantrag).  
 die Feststellung, ob Anspruch auf den **erhöhten** Betrag besteht (Höherstufungsantrag).

**Behandelnder Arzt:**

Name und Anschrift des Hausarztes / Facharztes

**Bankverbindung:**

Bankleitzahl	Kreditinstitut
Kontonummer	Kontoinhaber(in)

**Ich erhalte bereits Pflegeleistungen von / ich habe Ansprüche angemeldet bei**

- dem Versorgungsamt                       der Unfallversicherung                       Sonstigen Stellen

Ggf. Name des Trägers von dem die Leistung bezogen wird und sofern bekannt Aktenzeichen angeben

**Ich habe Anspruch auf Beihilfe nach beihilferechtlichen Vorschriften / Heilfürsorge, da**

- |   |                               |                             |
|---|-------------------------------|-----------------------------|
| ich im öffentlichen Dienst oder bei einem Arbeitgeber, der sich an die Beihilfavorschriften im öffentlichen Dienst anlehnt, beschäftigt bin / war | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |
| ich eine Hinterbliebenenversorgung aus einem öffentlich-rechtlichen Dienstverhältnis meines Ehegatten / eines Elternteils erhalte                 | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |
| mein Ehegatte / ein Elternteil im öffentlichen Dienst beschäftigt ist / war   | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |

Name und Anschrift der Beihilfestelle oder des Arbeitgebers

**Angaben über eine gesetzliche Betreuung für Rechtsgeschäfte zur pflegerischen Versorgung:**

- |                                      |                               |                              |
|--------------------------------------|-------------------------------|------------------------------|
| Ich habe einen gesetzlichen Betreuer | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja* |
| Die Betreuung wurde beantragt        | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja  |

Nachname, Vorname der Betreuerin / des Betreuers	Telefonnummer
--	---------------

\* Sofern uns die Betreuung noch nicht angezeigt wurde, bitte eine Kopie vom Betreuerbeschluss/-ausweis beifügen.

Ich verpflichte mich, Änderungen der Verhältnisse, die Einfluss auf die Leistungen der sozialen Pflegeversicherung haben, unverzüglich mitzuteilen. Dies sind z. B. Umzug in ein Pflegeheim, Änderung der Bankverbindung und Beantragung oder Bezug von Beihilfe- oder Versorgungsleistungen. Ich versichere, dass ich die Angaben in diesem Antrag wahrheitsgemäß nach bestem Wissen und Gewissen gemacht habe.

**Datum                      Unterschrift Versicherte / Betreuer(in) / Bevollmächtigte(r) / gesetzliche(r) Vertreter(in)**

**Einwilligungserklärung:**

Ich bin damit einverstanden, dass die AOK von dem mich behandelnden Arzt, von Krankenhäusern und von den mich betreuenden Pflegepersonen ärztliche Unterlagen, Auskünfte sowie in deren Besitz befindliche Fremdbefunde anfordern kann, soweit diese für die Begutachtung und Entscheidung über meinen Antrag auf Betreuungsleistungen nach § 45 b SGB XI erforderlich sind. Hiermit gestatte ich der AOK, die genannten Unterlagen einzusehen und an den zuständigen MDK weiterzuleiten. Insoweit entbinde ich diese Personen bzw. Stellen von ihrer Schweigepflicht. Ich bin damit einverstanden, dass die Pflegekasse bei Bedarf das Pflegegutachten an meinen Arzt übermittelt. Ich bin ferner damit einverstanden, dass Krankenkasse und Pflegekasse personenbezogene Daten, die ihnen von einem Arzt zugänglich gemacht worden sind, im erforderlichen Umfang gemeinsam verarbeiten und nutzen (§ 96 Abs. 2 SGB XI).

**Datenschutzhinweis:** Damit wir Ihren Antrag auf Pflegeleistungen bearbeiten können, ist Ihr Mitwirken nach §§ 7, 28 SGB XI, § 60 SGB I erforderlich. Rechtsgrundlage für die Datenerhebung ist § 94 SGB XI. Fehlt Ihre Mitwirkung oder wird dieser Antrag nicht innerhalb eines Monats nach Zugang gestellt, kann sich dieses negativ auf Ihren Leistungsanspruch und dessen Beginn auswirken (vgl. § 33 Abs. 1 SGB XI i. V. m. §§ 60 Abs. 1 und 66 Abs. 1 SGB I). Die Angabe der Telefonnummer ist freiwillig. Liegt ein Beihilfeanspruch vor und sind rentenversicherungspflichtige Pflegepersonen (§ 44 Abs. 5 SGB XI) vorhanden, werden diese zur Aufnahme der Beitragszahlung an die Beihilfestelle gemeldet.