



An die \_\_\_\_\_  
 (Name der Stelle an die der Antrag gerichtet ist)

**BETR.: ANTRAG AUF ZUERKENNUNG BZW.  
 ERHÖHUNG DES PFLEGEGELDES NACH  
 DEM BUNDESPFLEGEGELDGESETZ**

Eingangsstampiglie

FÜR

Versicherungsnummer <sup>1)</sup>			
Lfd.-Nr.	Geburtsdatum		
	Tag	Monat	Jahr

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

Familien- und Vornamen		Familienstand	Pensionsnummer/Aktenzeichen (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 Vornamen				
Adresse - Straße, Gasse, Platz, Hausnummer, Stiege, Stock, Tür				
Postleitzahl	Ort	Bezirk	Telefonnummer	
<b>ICH BIN</b>	der gesetzliche Vertreter	der gerichtlich bestellte Sachwalter <sup>2)</sup>	der Vormund <sup>2)</sup>	.....

<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 PFLEGEGELDES  
 die ERHÖHUNG DES PFLEGEGELDES**

Die zur Bearbeitung meines 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 2. 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: xxxxxxxx  
Auskunft und Beratung:

Bitte wenden!  
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: \_\_\_\_\_ und

Unfallhergang (stichwortartig):

---

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 Bundespflegegeld 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):