

Antrag auf Leistungen bei vollstationärer Pflege und zusätzliche Betreuung und Aktivierung in stationären Einrichtungen

beiliegend erhalten Sie einen Antrag auf Leistungen der sozialen Pflegeversicherung.

Bitte füllen Sie den Antragsvordruck vollständig aus und senden Sie uns diesen unterschrieben zurück.

Kennen Sie schon unsere Broschüren zu speziellen Pflege-Themen? Bei Bedarf lassen wir Ihnen diese gern zukommen oder Sie können sie online abrufen unter: [kkh.de/pflege](https://www.kkh.de/pflege)
Wichtige Informationsangebote auf einen Blick finden Sie auch auf der Rückseite dieses Schreibens.

Haben Sie Fragen? Wir sind gern für Sie da.

Anlage

Wichtige Informationsangebote auf einen Blick

KKH Pflegelotsen

Sie suchen für sich oder einen Angehörigen einen ambulanten Pflegedienst oder eine geeignete teil- bzw. vollstationäre Pflegeeinrichtung (z. B. zur vorübergehenden Kurzzeitpflege oder dauerhaften Heimunterbringung) in Ihrer Nähe?

Mit dem Pflegelotsen der KKH finden Sie Informationen über Angebote von Leistungserbringern im Bereich der ambulanten und stationären Pflege. Er enthält Angaben zur Struktur und zu Preisen sowie Anschriften. Der Pflegelotse steht Ihnen über unsere Homepage unter **kkh.de/pflegelotse** zur Verfügung.

KKH Hospizlotse

Bei uns finden Sie auch das passende Angebot aus der Hospiz- und Palliativversorgung unter **kkh.de/hospizlotse**

Pflegeberatung

Sofern Sie eine individuelle Pflegeberatung wünschen, sind wir für Sie rund um die Uhr über die KKH-Gesundheitshotline unter der Rufnummer 089 9 50 08 41 88 oder per E-Mail unter **gesundheitshotline@kkh.de** erreichbar.

Deutsche Post 

ANTWORT

KKH Kaufmännische Krankenkasse
Pflegekasse
30125 Hannover

Antrag auf Leistungen bei stationärer Pflege (§§ 43 oder 43a SGB XI)

Leistungen werden beantragt für _____

geb. am _____ Servicezeichen _____

Beantragte Leistungen

- vollstationäre Pflegeleistungen nach § 43 SGB XI (Versorgung erfolgt durch eine Vertrags-
pflegeeinrichtung der Pflegekasse) inkl. Leistungen nach § 43b SGB XI. ¹
- Höherstufung in den Pflegegrad _____
- Leistungen in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen (§ 43a SGB XI)

Angaben zum Leistungserbringer

Die Pflege erfolgt seit/ab dem _____ in der Einrichtung:

Name und Anschrift der Pflegeeinrichtung (oder Stempel)

Ich erhalte bereits Pflegeleistungen nein ja, und zwar

- vom Sozialamt _____
- ausländischer Leistungsträger
- von der Unfallversicherung (Versicherungsträger _____
AktENZEICHEN _____)
- nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG)
- von/vom _____

Bescheide sind beigefügt **Bescheide werden nachgereicht**

¹ Die Pflegeeinrichtungen sind verpflichtet, neben den regelhaft zu erbringenden Leistungen Maßnahmen der zusätzlichen Betreuung und Aktivierung nach § 43b SGB XI anzubieten. Dafür hat die Pflegeeinrichtung zusätzliches Personal bereitzustellen. Die Finanzierung der Personalkosten erfolgt alleine durch die Pflegekassen/-versicherungen. Für die Inanspruchnahme der zusätzlichen Betreuungsmaßnahmen ist das Einverständnis (Antrag) des Pflegebedürftigen erforderlich.

Ich habe einen Anspruch auf Beihilfe oder Heilfürsorge nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen, da

ich im öffentlichen Dienst oder bei einem Arbeitgeber, der sich an die Beihilfevorschriften im öffentlichen Dienst anlehnt, beschäftigt bin/war nein ja

ich eine Hinterbliebenenversorgung aus einem öffentlich-rechtlichen Dienstverhältnis meines Ehegatten/eines Elternteils erhalte nein ja

mein Ehegatte/ein Elternteil im öffentlichen Dienst beschäftigt ist/war nein ja

Name und Anschrift der Beihilfestelle bzw. des Arbeitgebers, über den die Beihilfeansprüche bestehen

Sonstige Angaben

Name, Vorname und Anschrift des Antragstellers

Die Angaben werden zur Erfüllung der Aufgaben der Pflegekasse bei der KKH nach § 94 Abs. 1 SGB XI zum Zwecke der Bearbeitung Ihres Antrags auf Pflegeleistungen nach SGB XI erhoben und verarbeitet. Ihr Mitwirken ist nach § 60 SGB I erforderlich. Fehlende Mitwirkung kann zu Nachteilen (z.B. bei den Leistungsansprüchen) führen. Näheres zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten entnehmen Sie bitte unserer Internetseite kkh.de/datenschutz.

Ort, Datum

Unterschrift *

* Unterschrift des Versicherten, seines Bevollmächtigten/Betreuers (Nachweis hierzu bitte beifügen) oder des Erziehungsberechtigten (nur wer das 15. Lebensjahr vollendet hat, kann selbst Anträge auf Sozialleistungen stellen; andernfalls bitte Unterschrift des gesetzlichen Vertreters)