

Antrag auf Leistungen bei eingeschränkter Alltagskompetenz

AOK Rheinland/Hamburg
Die Gesundheitskasse

Pflegekasse

AOK Rheinland/Hamburg - Die Gesundheitskasse
Unternehmenssteuerung
Geschäftsbereich Pflege
GZ: II.2.2.4
Friedrich-Ebert-Str. 49
45127 Essen

Name und Vorname des Versicherten	geb. am
Anschrift	Versichertennummer:

Ich beantrage die o. g. Leistungen durch

Angehörige oder eine andere Privatperson einen Pflegedienst

Name, Vorname	Name des Pflegedienstes	
Straße und Hausnummer	Straße und Hausnummer	
Postleitzahl und Wohnort	Postleitzahl und Wohnort	
Geburtsdatum	Telefon*	Telefon*

1. Bitte kreuzen Sie an, was bei dem/der Antragsteller zutrifft:

Unkontrolliertes Verlassen der Wohnung, z. B.

sucht seine Kinder, Eltern, Ehegatten außerhalb der Wohnung

will zur Arbeit gehen

planloses Verlassen der Wohnung

Verkennen gefährdender Situationen, z. B.

unangemessenes Verhalten im Straßenverkehr, z. B. Laufen auf der Straße, Anhalten von Autos

Verlassen der Wohnung in unangemessener Kleidung (Gefahr der Unterkühlung)

Unsachgemäßer Umgang mit Gegenständen, z. B.

- Herd anlassen
- offenes Feuer in der Wohnung
- Essen verdorbener Lebensmittel oder Zigaretten
- unsachgemäßer Umgang mit Chemikalien
-

Tätlich oder verbal aggressives Verhalten, z. B.

- andere schlägt, tritt, beißt, bespuckt
- eigenes oder fremdes Eigentum zerstört
- in fremde Räume eindringt
- sich selbst verletzt
-

Inadäquates Verhalten, z. B.

- in die Wohnung urinieren oder koten (nicht verursacht durch Inkontinenz)
- Kot essen oder verschmieren
- ständiges An- und Auskleiden
- Zerpfücken von Inkontinenzeinlagen
- Nesteln, Zupfen, waschende Bewegungen
- sexuelle Belästigung anderer Personen
- Verstecken/Verlegen oder Sammeln von – auch fremden – Gegenständen (z. B. Geld, Essensreste, benutzte Unterwäsche)
- Rufen/Schreien ohne Grund
-

Unfähigkeit, eigene Gefühle oder Bedürfnisse wahrzunehmen, z. B.

- Hunger/Durst wird nicht wahrgenommen
- Hunger/Durst wird nicht geäußert
- bereitstehende Speisen und Getränke werden von sich aus nicht gegessen und getrunken oder Speisen und Getränke werden in großen Mengen übermäßig aufgenommen
- aufgrund mangelndem Schmerzempfinden werden Verletzungen nicht wahrgenommen
- Schmerzen werden nicht geäußert oder lokalisiert
- Harn- und Stuhldrang werden nicht wahrgenommen/geäußert, es muss zu jedem Toiletten-gang aufgefordert werden
-

Fehlende Mitarbeit bei Behandlungen wegen Depressionen oder Angstzuständen, die länger als 6 Monate bestehen und durch einen Arzt behandelt werden z. B.

- verbringt den Tag apathisch im Bett
- verlässt einen Platz nicht aus eigenem Antrieb
- lässt sich nicht aktivieren
- verweigert die Nahrung
-

Beeinträchtigungen des Gedächtnisses, herabgesetztes Urteilsvermögen mit Problemen bei der Bewältigung von sozialen Alltagsleistungen, z. B.

- vertraute Personen werden nicht erkannt
- kann nicht mit Geld umgehen
- kann sich nicht mehr artikulieren
- findet den Weg in sein Zimmer nicht mehr
- findet den Weg zu seiner Wohnung nicht mehr
- kann sich schon nach kurzer Zeit nicht mehr an Absprachen erinnern
-

Störung des Tag-/Nacht-Rhythmus, z. B.

- ist nachts sehr unruhig
- weckt nachts Angehörige und verlangt z. B. Frühstück
-

Unfähigkeit aufgrund von Desorientierung, eigenständig den Tagesablauf zu planen und zu strukturieren, z. B.

- eine regelmäßige und angemessene Körperpflege, Ernährung oder Mobilität kann nicht mehr geplant und/oder durchgeführt werden
- es können keine Aktivitäten mehr geplant oder durchgeführt werden
-

Verkennen von Alltagssituationen, z. B.

- Angst vor dem eigenen Spiegelbild
- fühlt sich von Personen aus dem Fernsehen verfolgt oder bestohlen
- hält Personenfotos für fremde Personen in der Wohnung
- verweigert aufgrund von Vergiftungswahn das Essen
- riecht und schmeckt Gift im Essen
- glaubt, dass fremde Personen auf der Straße ein Komplott gegen ihn schmieden
- schimpft oder redet mit Nichtanwesenden
- hat optische oder akustische Halluzinationen
-

Labiles oder unkontrolliert emotionales Verhalten, z. B.

- weint plötzlich, unmotiviert und situationsunangemessen
- zeigt Distanzlosigkeit, Euphorie, Reizbarkeit oder Misstrauen in einem erheblichen Ausmaß
-

Niedergeschlagenheit, Verzagtheit, Hilflosigkeit oder Hoffnungslosigkeit aufgrund einer Depression, die länger als 6 Monate besteht und durch einen Arzt behandelt wird z. B.

- klagt und jammert ständig
- beklagt die Sinnlosigkeit seines Lebens oder Handelns
-

2. Wurden bereits Diagnosen für die vorgenannten Auffälligkeiten gestellt?

wenn ja welche?

Die Diagnosen wurden festgestellt

von einem Arzt

von einem Facharzt

Name, Fachrichtung

Anschrift, Telefonnummer*

Bitte Unterlagen beifügen!

noch nicht festgestellt

Name, Vorname

Versichertennummer

3. Nehmen Sie Medikamente aufgrund der genannten Erkrankung(en)?

- Nein
- Ja, die nachstehenden Medikamente wurden verordnet

4. Bitte geben Sie an, welche Hilfe Sie ansonsten bei der Pflege oder im Haushalt benötigen:

Es ist ein Betreuer bestellt, bzw. es gibt einen Bevollmächtigten
(bitte entsprechende Urkunde oder Nachweis beifügen)

- Ja Nein

Name, Vorname des Betreuers oder Bevollmächtigten

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Wohnort

Telefon*

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

Name, Vorname

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Wohnort

Telefon*

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

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

- Ja Nein, zuvor war ich bei der versichert

Name, Vorname

Versichertennummer

Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht:

Ich entbinde hiermit den unten aufgeführten Arzt, das angegebene Krankenhaus und die angegebene Pflegeperson von der Schweigepflicht gegenüber dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung und allen Personen, die mit der Prüfung des Antrags auf Pflegeleistungen befasst sind.

Gleichzeitig bitte und ermächtige ich den unten aufgeführten Arzt, das unten aufgeführte Krankenhaus und die angegebene Pflegeperson, auf Verlangen dem Medizinischen Dienst bzw. der Pflegekasse bei der AOK Rheinland/Hamburg – Die Gesundheitskasse die sich in deren Besitz befindlichen Befunde vorzulegen.

 ja nein

Name des Arztes

Name der Pflegeperson

Name des Krankenhauses

Ich bitte, die beantragten Pflegeleistungen zu zahlen: auf mein **eigenes** Konto
IBAN
BIC
Name des Geldinstituts auf ein Konto einer Person meines Vertrauens
(die Vertrauensperson hat die nachstehende Erklärung abzugeben)

Name der Vertrauensperson

Vorname

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Wohnort

IBAN

Bic

Name des Geldinstituts

Erklärung der o. a. angegebenen Vertrauensperson des Pflegebedürftigen, auf deren Konto die Beiträge überwiesen werden sollen

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



Ort, Datum

Unterschrift der Vertrauensperson als Kontoinhaber

Erklärung zum Antrag auf Pflegeleistungen und zur Entbindung der Schweigepflicht

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

 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.

Ort, Datum

Unterschrift des Pflegebedürftigen bzw.
Betreuers/Bevollmächtigten

Die mit * gekennzeichneten Angaben sind freiwillig, erlauben uns aber eine schnelle und unbürokratische Kontaktaufnahme mit Ihnen bei Rückfragen und zu allen Belangen der Pflegeversicherung und vielfältigen Leistungs- und Serviceangeboten der AOK Rheinland/Hamburg. Dieser Nutzung können Sie jederzeit widersprechen.

Datenschutzhinweis (§ 67 a Abs. 3 SGB X):

Die Daten werden zur Erfüllung unserer Aufgaben nach §§ 94 SGB XI in Verbindung mit §§ 7, 28 SGB XI erhoben.

Ihr Mitwirken ist nach § 60 SGB I erforderlich. Fehlende Mitwirkung kann zu Nachteilen bei den Leistungsansprüchen führen.