

Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung

QR-Code scannen und direkt in
der **Meine SBK-App** ausfüllen oder
unter meine.sbk.org/pflegeantrag



Deutsche Post 
ANTWORT

SBK

80227 München

Versichertennummer

Name, Vorname

Geburtsdatum

Angaben zur Pflegesituation

Wie erfolgt die Pflege überwiegend?

Zu Hause von einer Privatperson

Zu Hause von einem Pflegedienst

Zu Hause von einer Privatperson und einem Pflegedienst

In einem Pflegeheim

In einer Einrichtung der Hilfe für behinderte Menschen

Angaben zur Pflegeperson

Bitte ergänzen Sie die Angaben, wenn die Pflege zu Hause erfolgt und eine Pflegeperson vorhanden ist.

1. Pflegeperson

2. Pflegeperson

3. Pflegeperson

Vorname:

Nachname:

Geburtsdatum:

Straße:

Hausnummer:

Ort:

Postleitzahl:

Wurde mit dem
Arbeitgeber
Pflegezeit
vereinbart?

Ja
Nein

Ja
Nein

Ja
Nein

Angaben zum Pflegedienst/Pflegeheim/Einrichtung der Hilfe für behinderte Menschen

Bitte ergänzen Sie die Angaben, wenn die Pflege durch einen Pflegedienst, in einem Pflegeheim oder einer Einrichtung erfolgt.

Name

Straße Hausnummer

PLZ Ort

Zur Feststellung Ihrer Pflegebedürftigkeit erfolgt eine Begutachtung durch den Medizinischen Dienst (MD).

Gibt es etwas, dass bei der Planung der Begutachtung durch den MD beachtet werden muss?
z. B. eine Krankenhausbehandlung, wichtige Behandlungstermine

Ja _____

Nein

Ergänzende Angaben zur Pflegebedürftigkeit

Erhalten Sie bereits Pflegeleistungen einer anderen Seite?

Ja Nein

Welche Pflegeleistungen erhalten Sie?

Von welcher Stelle erhalten Sie die Pflegeleistungen?

Versorgungsamt

Berufsgenossenschaft

Unfallversicherung

Sonstige _____

Haben Sie hierfür ein Aktenzeichen?

Ja Nein

_____ Aktenzeichen

Gab es einen Unfall oder ein Ereignis, das zur Pflegesituation geführt hat?

Ja Nein

Was ist die Ursache für die Pflegesituation?

Arbeitsunfall Behandlungsfehler

Kriegsbeschädigung oder anerkanntes Leiden nach dem Soldatenversorgungsgesetz

Sonstiges

Angaben zur Beihilfestelle / Dienststelle

Haben Sie Anspruch auf Beihilfe oder Heilfürsorge nach beamtenrechtlichen Vorschriften?

Ja Nein

Name der Beihilfestelle / Dienststelle

Aktenzeichen

Hinweis

Sofern wir für Ihre Pflegeperson Beiträge zur Rentenversicherung abführen, sind wir verpflichtet, Ihre Beihilfestelle/Dienststelle darüber zu informieren.

Ihre Angaben zur Bankverbindung

Geben Sie uns bitte hier Ihre aktuelle Bankverbindung an

gültig ab sofort gültig ab (Tag/Monat/Jahr)

IBAN

BIC

Geldinstitut

Kontoinhaber (falls abweichend)

Name

Vorname

Die SBK darf diese Bankverbindung **nur einmalig** für diese Überweisung benutzen: Ja

Ergänzen oder ändern Sie hier Ihre Kontaktdaten*:

Festnetznummer privat

Handynummer privat

E-Mail-Adresse

Festnetznummer geschäftlich

Handynummer geschäftlich

Hier haben Sie Platz für zusätzliche Anmerkungen:

Hinweis

Haben Sie eine gesetzliche Betreuungsperson oder eine bevollmächtigte Person? Dann fügen Sie bitte die entsprechenden Dokumente (z.B. Betreuungsurkunde, Vollmacht) dem Antrag bei, falls uns diese noch nicht vorliegen.

Damit wir Ihren Antrag auf Pflegeleistungen bearbeiten können, ist ihr Mitwirken nach § 66 Abs. 1 SGB I erforderlich. Die Daten werden ausschließlich zur Erfüllung unserer Aufgaben nach § 94 Abs. 1 SGB XI und zum Zwecke der Bearbeitung Ihres Antrages auf Pflegeleistungen nach den §§ 36 – 45 b SGB XI erhoben und verarbeitet. Bei beihilfeberechtigten Personen werden aufgrund des § 44 Abs. 5 SGB XI die erforderlichen Daten des Antrages an die Beihilfestelle weitergeleitet. Mehr zu den von der SBK verarbeiteten Daten erfahren Sie unter sbk.org/datenschutz oder bei Ihrem persönlichen Kundenberater.

*Die Angaben sind freiwillig und werden zum Zweck der Durchführung der Versicherung verarbeitet. Ihre Daten werden selbstverständlich geschützt und vertraulich behandelt. Eine Weitergabe der Daten an Dritte erfolgt nicht. Mit Ihrer Unterschrift erklären Sie sich mit der Verarbeitung der Daten einverstanden. Mehr zu den von der SBK verarbeiteten Daten erfahren Sie unter sbk.org/datenschutz oder bei Ihrem persönlichen Kundenberater. Das Einverständnis können Sie jederzeit formlos mit Wirkung für die Zukunft ohne Angabe von Gründen per E-Mail an widerruf@sbk.org oder gegenüber Ihrem persönlichen Kundenberater widerrufen.

Mit meiner Unterschrift erkläre ich meine Einwilligung, dass der Medizinische Dienst bei meiner behandelnden Ärztin bzw. meinen behandelnden Arzt Auskünfte einholen darf, sofern diese für die Begutachtung erforderlich sind (§ 18 Abs. 4 SGB XI). Weiterhin bin ich damit einverstanden, dass der Medizinische Dienst Informationen und Unterlagen bei pflegenden Angehörigen oder sonstigen Personen oder Dritten, die an meiner Pflege beteiligt sind, einholt.

Ort, Datum

Unterschrift