



HANSEATISCHE KRANKENKASSE

**HEK**  
**Pflegezentrum**  
**22039 Hamburg**

**Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung**

Name, Vorname des Pflegebedürftigen	Geburtsdatum	Versichertennummer
Anschrift		Telefon

<input type="checkbox"/> <b>Erstantrag</b>	<input type="checkbox"/> <b>Höherstufungsantrag</b>
<input type="checkbox"/> <b>Wechsel der Pflegeleistungsart ab:</b> _____	

**Ich beantrage laufende Pflegeleistungen in Form von**

<input type="checkbox"/> <b>Pflegesachleistung</b> (Versorgung durch einen Pflegedienst)	<input type="checkbox"/> <b>Pflegegeld</b> (private Pflegepersonen)	<input type="checkbox"/> <b>Kombinationsleistung</b> (Pflegedienst und private Pflegepersonen)
<input type="checkbox"/> <b>Tagespflege/Nachtpflege</b> (stundenweise in Pflegeeinrichtung)	<input type="checkbox"/> <b>Pflege in einem Pflegeheim</b> (Altenheim, Seniorenresidenz)	<input type="checkbox"/> <b>Pflege in einer Behinderteneinrichtung</b> (Einrichtung für behinderte Menschen)

**Die Pflege erfolgt durch eine Pflegeeinrichtung**

Name des Pflegedienstes, der Tagespflege/Nachtpflegeeinrichtung oder des Pflegeheims	Tag der Heimaufnahme
Anschrift	

**Die Pflege erfolgt durch Pflegeperson/en**

Name der Pflegeperson	Geburtsdatum
Anschrift	

**Ich erhalte oder erwarte Pflegeleistungen von einer weiteren Stelle**

<input type="checkbox"/> <b>Unfallversicherung (Arbeitsunfall, Berufskrankheit)</b>	<input type="checkbox"/> <b>Sozialhilfeträger</b>	<input type="checkbox"/> <b>ausländischem Träger</b>
<input type="checkbox"/> <b>Versorgungsbehörde (Kriegs-, Wehr-, Zivildienstbeschädigung, Impfschaden, Opfer einer Gewalttat)</b>		
Anschrift		Telefon
Aktenzeichen		

**Ich bin ganz oder teilweise pflegebedürftig aufgrund eines Unfalles oder eines Behandlungsfehlers**

<input type="checkbox"/> <b>Ja</b>
Schilderung des Hergangs und Ereignisdatum

**Bitte wenden**

Name, Vorname des Pflegebedürftigen	Geburtsdatum	Versichertennummer
-------------------------------------	--------------	--------------------

### Mein behandelnder Arzt

Name, Anschrift	Telefon
-----------------	---------

### Es besteht ein Anspruch nach beamtenrechtlichen Vorschriften auf Beihilfe/freie Heilfürsorge

Ja, ich bin oder war als Beamter oder ähnlich beschäftigt.

Ja, mein Ehepartner, eingetragener Lebenspartner oder Elternteil ist/war als Beamter oder ähnlich beschäftigt.

Name des Anspruchsberechtigten	Verwandtschaftsverhältnis
--------------------------------	---------------------------

Name, Anschrift der zuständigen Beihilfestelle

Aktenzeichen der Beihilfestelle

### Bankverbindung für die Überweisung von Pflegegeld

Kontoinhaber	
Kreditinstitut	
IBAN	BIC

### Angaben zur rechtlichen Betreuung/Bevollmächtigung

Ich habe bereits	<input type="checkbox"/> eine rechtliche Betreuung	<input type="checkbox"/> einen Bevollmächtigten
	Bitte Kopie der Urkunde oder der Vollmacht beifügen	
Name, Vorname des Betreuers		Telefon des Betreuers
Anschrift des Betreuers		

### Ich bevollmächtige für die Angelegenheiten der Pflegeversicherung

Name, Vorname des Bevollmächtigten	Geburtsdatum des Bevollmächtigten	Verwandtschaftsverhältnis
Anschrift		Telefon des Bevollmächtigten

### Bitte führen Sie den Schriftverkehr bezüglich der Pflegeleistungen

<input type="checkbox"/> mit mir selbst	<input type="checkbox"/> mit meinem Bevollmächtigten
Sämtlicher Briefverkehr wird an Ihren Bevollmächtigten gesandt. Bevollmächtigungen können jederzeit zurückgenommen oder geändert werden. Zum Schriftverkehr gehören zum Beispiel Leistungsbescheide, Pflegegutachten oder Informationen zu finanziellen Transaktionen.	

Datum	Unterschrift des Pflegebedürftigen
-------	------------------------------------

#### Hinweise zum Datenschutz und zur Mitwirkungspflicht:

Zur Leistungsentscheidung ist Ihr Mitwirken nach § 60 SGB I erforderlich. Fehlt Ihre Mitwirkung, kann dies zu Nachteilen gemäß § 66 SGB I bei den Leistungsansprüchen führen. Ihre Daten und die Daten Ihrer Pflegepersonen sind aufgrund § 67a SGB X und § 94 SGB XI zu erheben. Beachten Sie auch die beiliegenden Informationen zum Datenschutz.

\_\_\_\_\_ Datum

\_\_\_\_\_ Unterschrift des Pflegebedürftigen oder  
Unterschrift des Betreuers/Bevollmächtigten



## HANSEATISCHE KRANKENKASSE

### Leistungen bei Pflegebedürftigkeit

Pflegebedürftig sind Personen, die körperliche und psychische Beeinträchtigungen nicht selbständig ausgleichen können und Hilfe benötigen. Die Pflegebedürftigkeit muss auf Dauer und voraussichtlich für mindestens 6 Monate vorliegen.

#### Feststellung des Pflegegrades

Ihren Pflegeantrag geben wir an den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung. Ein Gutachter vereinbart einen Termin mit Ihnen und prüft, in welchen Bereichen Sie Unterstützung benötigen. Ihre einzelnen Fähigkeiten werden dazu anhand eines Fragenkataloges mit Punkten bewertet und je nach Lebensbereich (6 Module) gewichtet. Aus der Gesamtpunktzahl ergibt sich der Pflegegrad.

Modul	Lebensbereich	Beispiel	Gewichtung
1	Mobilität im Wohnbereich	Treppensteigen, Fortbewegen	10 Prozent
2	Kognitive und kommunikative Fähigkeiten	Orientierung über Ort und Zeit	höherer Wert: 15 Prozent
3	Verhaltensweisen und psychische Problemlagen	Ängste, nächtliche Unruhe	
4	Selbstversorgung	Essen, Trinken, Duschen	40 Prozent
5	Umgang mit krankheitsbedingten Belastungen	Medikamente einnehmen	20 Prozent
6	Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte	Tagesablauf gestalten	15 Prozent

Pflegegrad	Gesamtpunkte	Selbständigkeit
1	ab 12,5 bis unter 27	geringe Beeinträchtigung
2	ab 27 bis unter 47,5	erhebliche Beeinträchtigung
3	ab 47,5 bis unter 70	schwere Beeinträchtigung
4	ab 70 bis unter 90	schwerste Beeinträchtigung
5	ab 90 bis 100	schwerste Beeinträchtigung mit besonderer Pflegeanforderung

#### Leistungsarten

<b>Ambulante Leistungen</b>	Pflegesachleistung	Sie schließen einen Vertrag mit einem Pflegedienst ab
	Pflegegeld	Sie organisieren Ihre Pflege durch eine private Person
	Kombinationsleistung	Sie kombinieren Pflegesachleistung und Pflegegeld
	Tages/Nachtpflege	Sie besuchen stundenweise eine Pflegeeinrichtung
<b>Stationäre Leistungen</b>	Pflegeheim	Sie leben in einem Alten- oder Seniorenheim
	Behinderteneinrichtung	Sie leben in einer Einrichtung für behinderte Menschen

#### Höhe der ambulanten Leistungen je Pflegegrad

Leistungen ambulant	1	2	3	4	5
Pflegegeld	-	316 Euro	545 Euro	728 Euro	901 Euro
Pflegesachleistung	-	689 Euro	1.298 Euro	1.612 Euro	1.995 Euro
Tages/Nachtpflege	-	689 Euro	1.298 Euro	1.612 Euro	1.995 Euro
Entlastungsbetrag	125 Euro	125 Euro	125 Euro	125 Euro	125 Euro

Pflegesachleistung und Pflegegeld können kombiniert werden. Das Pflegegeld wird anteilig berechnet. Tages- und Nachtpflege kann zusätzlich in Anspruch genommen werden.

Der Entlastungsbetrag ist erstattungsfähig für Angebote zur Unterstützung im Alltag, Serviceleistungen von Pflegediensten, Eigenanteilen der Tages- und Nachtpflege oder der Kurzzeitpflege.

#### Höhe der stationären Leistungen je Pflegegrad

Leistungen stationär	1	2	3	4	5
Pflegeheim	125 Euro	770 Euro	1.262 Euro	1.775 Euro	2.005 Euro
Behinderteneinrichtung	-	266 Euro	266 Euro	266 Euro	266 Euro

Bitte wenden

### **Vorversicherungszeit**

Für den Leistungsbezug ist eine Vorversicherungszeit erforderlich. Diese ist erfüllt, wenn in den letzten zehn Jahren mindestens für zwei Jahre eine Pflegeversicherung bestand. Bei Kindern gilt die Zeit als erreicht, wenn ein Elternteil sie erfüllt.

### **Pflegeberatung**

Wir beraten Sie umfassend und individuell. Zur Verbesserung Ihrer Situation werden wir bei Bedarf geeignete Hilfen gemeinsam mit unseren Pflegeberatern erarbeiten.

Auskünfte und Beratung erhalten Sie auch in Pflegestützpunkten. Gern informieren wir Sie zu den Stützpunkten in Ihrer Nähe.

### **Pflegelotse**

Auf unserer Internetseite [www.hek.de/pflegelotse](http://www.hek.de/pflegelotse) finden Sie Anbieter von Pflegeleistungen und können sich über deren Qualität informieren.

### **Ansprüche gegenüber Dritten**

Ist Ihre Pflegebedürftigkeit Folge eines Unfalles, einer Berufskrankheit oder wurde diese durch Dritte verursacht, bestehen eventuell auch Ansprüche bei anderen Trägern. Wir beraten Sie gern.

### **Beihilfeansprüche**

Beamte oder ähnlich Beschäftigte erhalten Pflegeleistungen zur Hälfte. Ihre Beihilfestelle ergänzt die Leistungen. Ansprüche können auch über Ehepartner, eingetragene Lebenspartner oder Elternteile abgeleitet werden. Bitte informieren Sie Ihre Beihilfestelle und uns.

### **Ausland**

Auch bei einem Wohnsitz im Ausland bestehen eventuell Ansprüche auf Leistungen der HEK-Pflegekasse. Wir beraten Sie gern.

### **Leistungen für Pflegepersonen - Beiträge zur Rentenversicherung**

Die Pflege Tätigkeit geht oft zu Lasten der eigenen Berufstätigkeit. Damit die Alterssicherung dadurch nicht eingeschränkt wird, zahlen wir in bestimmten Fällen Beiträge zur Rentenversicherung.

### **Leistungen für Pflegepersonen - Beiträge zur Arbeitslosenversicherung**

Endet unmittelbar vor der Pflege Tätigkeit eine arbeitslosenversicherungspflichtige Beschäftigung oder der Bezug von Arbeitslosen-/Übergangsgeld, zahlen wir in bestimmten Fällen Beiträge zur Arbeitslosenversicherung.

### **Leistungen für Pflegepersonen - Unfallversicherungsschutz**

Verletzt sich die private Pflegeperson während der Pflege, übernimmt die Unfallkasse die Behandlungskosten. Bitte informieren Sie uns daher umgehend nach einem Unfall.

### **Pflegekurse**

In Pflegekursen werden praktische Tipps und Handgriffe für Angehörige und ehrenamtlich Pflegende vermittelt. Die Kurse finden in Gruppen oder individuell bei Ihnen zu Hause statt. Die Kosten hierfür übernehmen wir.

### **Weitere Pflegeleistungen**

Gern beraten wir Sie auch zu weiteren Pflegeleistungen: Pflegehilfsmittel, Wohnungsumbau, Wohngemeinschaft sowie Urlaub, Pflegeunterstützungsgeld, Pflegezeit- oder Familienpflegezeit der Pflegeperson.

Ihre Fragen beantwortet Ihnen das HEK - Team Direkt gern: 0800 0213213 (kostenfrei).