



<b>Familien- und Vornamen</b>	<b>Versicherungsnummer</b>
-------------------------------	----------------------------

Zutreffendes bitte ankreuzen

**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.

**Was ist die Hauptursache Ihrer Pflegebedürftigkeit?**

- |                           |                             |                               |
|---------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| körperliche Einschränkung | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| geistige Beeinträchtigung | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Gedächtnisstörung/Demenz  | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| psychiatrische Erkrankung | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| andere Ursachen           | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?

.....  
.....

**2. Von welcher Person wird die notwendige Betreuung und Hilfe erbracht?**

Familien- und Vorname: .....

Adresse: .....

Wird bzw. wurde von der Pflegeperson Familienhospizkarenz in Anspruch genommen?  ja  nein

**3. Sind Sie gehfähig und im Stande zu einer ärztlichen Untersuchung zu erscheinen?**

- ja  
 nein

**4. 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.

<b>Familien- und Vornamen</b>	<b>Versicherungsnummer</b>
-------------------------------	----------------------------

Zutreffendes bitte ankreuzen <input checked="" type="checkbox"/>
--

**5. Sind Sie durch einen Unfall pflegebedürftig geworden?**

- nein
- ja – Datum des Unfalls: ..... und  
Unfallherhang (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? .....

**6. Beziehen oder beantragten Sie auf Grund Ihres Gesundheitszustandes bereits eine dem Pflegegeld ähnliche in- oder ausländische Leistung (z. B. Landespflegegeld, Pflegezulage, Blindenzulage)?**

- nein
- ja .....  
*(Art der Leistung, auszahlende Stelle, Aktenzeichen)*

**7. Beziehen oder beantragten Sie auf Grund Ihres Gesundheitszustandes erhöhte Familienbeihilfe?**

- nein
- ja .....  
*(auszahlende Stelle, Aktenzeichen)*

**8. 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):