



Deutsche Post   
ANTWORT

Techniker Krankenkasse  
20902 Hamburg

## Leistungen der TK-Pflegeversicherung

Bitte Zutreffendes ankreuzen bzw. ausfüllen.

### Angaben zur/zum Pflegebedürftigen

\_\_\_\_\_  
Nachname, Vorname

\_\_\_\_\_  
Straße, Nr.

\_\_\_\_\_  
PLZ

\_\_\_\_\_  
Ort

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum (TT MM JJJJ)

\_\_\_\_\_  
Versichertennummer

### Angaben zum Antrag

Bitte teilen Sie uns mit, um welchen Antrag es sich handelt.

Erstantrag auf einen Pflegegrad       Höherstufungsantrag

### Angaben zur Pflegeleistung

Bitte geben Sie die Pflegeleistung an.

<input type="checkbox"/> Pflegesachleistung Pflege durch einen Pflegedienst	<input type="checkbox"/> Pflegegeld Pflege durch Angehörige/Bekannte
<input type="checkbox"/> vollstationäre Pflege Pflege in einer Einrichtung	<input type="checkbox"/> Tages- und Nachtpflege
<input type="checkbox"/> vollstationäre Einrichtung der Hilfe für behinderte Menschen	<input type="checkbox"/> Kombinationsleistung Pflege durch einen Pflegedienst und durch Angehörige/Bekannte

**Hinweis zur Kombinationsleistung:** Wenn der monatliche Höchstbetrag nicht ausgeschöpft wird, zahlen wir zusätzlich Pflegegeld für eine selbst gewählte Pflegeperson.

### Angaben zur Pflegeperson bzw. Einrichtung

\_\_\_\_\_  
Name der Pflegeperson

\_\_\_\_\_  
Straße, Nr.

\_\_\_\_\_  
PLZ

\_\_\_\_\_  
Ort

Die Pflegeperson hat gegenüber ihrem Arbeitgeber Pflegezeit angekündigt oder mit ihrem Arbeitgeber eine Familienpflegezeit vereinbart.

\_\_\_\_\_  
Name der Einrichtung

\_\_\_\_\_  
PLZ

\_\_\_\_\_  
Ort



## Angaben zu den Ursachen der Pflege

Wenn keine der Aussagen zutrifft, brauchen Sie hierzu keine Angaben zu machen.

- Es handelt sich um eine Berufskrankheit oder um Folgen eines Arbeits-/Schulunfalls.
- Es handelt sich um einen Behandlungsfehler oder um Folgen eines Pflegefehlers.
- Die Erkrankung ist Folge eines sonstigen Unfalls.

## Angaben zur Pflegeversicherung

Diese Angaben brauchen wir nur, wenn innerhalb der letzten 10 Jahre keine Pflegeversicherung bei der TK bestand.

\_\_\_\_\_  
Name und Ort der Versicherung

\_\_\_\_\_  
Versichertennummer

z. B. AOK Bayern, DAK, Allianz

## Angaben zu Leistungsbezügen

- Es besteht nach beamtenrechtlichen Vorschriften Anspruch auf Beihilfe oder Heilfürsorge.

\_\_\_\_\_  
Name und Ort der Beihilfestelle

\_\_\_\_\_  
Mitgliedsnummer bzw. Aktenzeichen

- Es werden bereits Pflegeleistungen von anderen Sozialleistungsträgern gezahlt bzw. es wurden welche beantragt.

z. B. Versorgungsamt, Berufsgenossenschaft, Sozialhilfeträger, ausländischer Leistungsträger

\_\_\_\_\_  
Name des Sozialleistungsträgers

\_\_\_\_\_  
Mitgliedsnummer bzw. Aktenzeichen

## Angaben zur Bankverbindung

\_\_\_\_\_  
D, E  
IBAN

\_\_\_\_\_  
Abweichende/r Kontoinhaber/in

Bitte geben Sie uns Ihre Bankverbindung an, damit wir Ihnen ggf. den Betrag für die Pflegeleistung überweisen können.

## Angaben für Rückfragen

\_\_\_\_\_  
Telefon

freiwillige Angabe



\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift (ggf. gesetzliche Vertretung)

Nur wer das 15. Lebensjahr vollendet hat, kann selbst Anträge auf Sozialleistungen stellen.

**Hinweis bei minderjährigen Kindern:** Sofern es mehr als eine/n Sorgeberechtigte/n gibt, die/der auch für die Pflege das Sorgerecht hat, ist eine vorherige – schriftliche oder mündliche – Zustimmung dieses/dieser Sorgeberechtigten zu diesem Antrag erforderlich. Mit der Unterschrift erklären Sie, dass diese Zustimmung erfolgt ist.

Die persönlichen Daten (Sozialdaten) brauchen wir, um unsere Aufgaben richtig zu erledigen. Die Rechtsgrundlage hierfür ist § 94 SGB XI.

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass Ihre Angaben richtig sind. Bitte teilen Sie uns Änderungen so schnell wie möglich mit.