

AOK Bayern Die Gesundheitskasse

Direktion Garmisch-Partenkirchen

Hauptstraße 88
82467 Garmisch-Partenkirchen
Telefax: (08821)94342-182
http://www.aok.de

Öffnungszeiten:
Montag - Mittwoch 8.00 - 16.00 Uhr
Donnerstag 8.00 - 18.00 Uhr
Freitag 8.00 - 15.00 Uhr
und nach Vereinbarung

Unsere Zeichen, Ihr Gesprächspartner:
3.6.1 Gö Herr Götz

Telefon:
(08821)755-182

Datum
16. März 1999

AOK Bayern Postfach 11 51 82451 Garmisch-Partenkirchen

Frau
Irene Huber
Mühlstr. 40

82438 Eschenlohe

Kurzmitteilung

Wir übersenden Ihnen die beigelegten Anlagen

- zum Verbleib
- wie vereinbart
- mit Dank zurück
- zu Ihrem Schreiben vom
- zu unserem Schreiben vom
- zur Information
- zum Telefongespräch vom

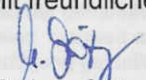
Zusätzliche Informationen:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
Anbei erhalten Sie als Anlage den Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung für Frau Katharina Huber, geb. 08.09.1918, da bisher noch keine Antragstellung erfolgt ist.

mit der Bitte um:

- Stellungnahme
- Rückgabe
- weitere Veranlassung

Mit freundlichen Grüßen


Markus Götz
Sachbearbeiter

Krassp. Garmisch-Partenkirchen
Konto 8839 BLZ 703 500 00

Voba-Raiba Garmisch-Partenkirchen
Konto 40 100 BLZ 703 900 00

Bei Antwortschreiben
verwenden Sie bitte
die im Adressfenster
angegebene Anschrift

Postbank München
Konto 32185-802 BLZ 700 100 80


Die Gesundheitskasse.

Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung

Name, Vorname Geb.-Datum

Straße, Hausnummer Vers.-Nr.

PLZ/Wohnort Telefon

Leistungen bei häuslicher Pflege Leistungen bei Leistungen in einer

Sachleistung Geldleistung Kombinationsleistung vollstationärer Pflege vollstationären Einrichtung der Behindertenhilfe

Bankleitzahl Kreditinstitut

Kontonummer Kontoinhaber(in)

Die Pflege wird durchgeführt von:

Name des Pflegedienstes/des Pflegeheimes Tag der Heimaufnahme

Anschrift des Pflegedienstes/des Pflegeheimes

Name der Pflegeperson (bei Geldleistung) ggf. Geburtsname Rentenvers.-Nr. oder Geb.-datum

Anschrift der Pflegeperson (bei Geldleistung)

Hilfebedarf besteht im Bereich

Ernährung Bewegung Körperpflege sonstiges

Ich erhalte bereits Pflegeleistungen

vom Sozialamt von der Unfallversicherung vom Versorgungsamt

von sonstigen Stellen
(z.B. öffentlichen Dienstthern, Versorgung aus dem Ausland)

Ich habe nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Krankheit und Pflege Anspruch auf Beihilfe oder Heilfürsorge

nein ja, bei

Die Pflegebedürftigkeit besteht aufgrund eines Unfalles:

nein ja, wegen eines vom
(z.B. Arbeitsunfalles, Verkehrsunfalles usw.)

Der behandelnde Arzt ist (Name des Hausarztes/Facharztes)

Anschrift des Arztes Vorwahl/Telefon

Einwilligungserklärung: Ich bin damit einverstanden, daß die AOK von dem oben genannten mich behandelnden Arzt, Krankenhäusern und den mich betreuenden Pflegepersonen ärztliche Unterlagen, Auskünfte sowie in deren Besitz befindliche Fremdbefunde anfordern kann, soweit diese für die Begutachtung und Entscheidung über meinen Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung erforderlich sind. Bei den Anforderungen der genannten Unterlagen ist ausdrücklich darauf hinzuweisen, daß diese unmittelbar an den zuständigen MDK zu übersenden sind. Insoweit entbinde ich die o.g. Personen bzw. Stellen von ihrer Schweigepflicht. Unterlagen, die ich der Pflegekasse zur Verfügung gestellt habe, dürfen an den zuständigen MDK weitergegeben werden.

Datum, Unterschrift des Versicherten, Betreuers oder des gesetzlichen Vertreters

Datenschutzhinweis: Damit wir unsere Aufgaben rechtmäßig erfüllen können, ist Ihr Mitwirken nach § 60 SGB I erforderlich. Ihre Daten sind im vorliegenden Falle aufgrund § 284 SGB V und die medizinischen Daten nach § 73 Abs. 2 Nr. 9 SGB V in Verbindung mit § 100 SGB X zu erheben. Fehlt Ihre Mitwirkung, so kann dies zu Nachteilen (z.B. bei den Leistungsansprüchen) führen.

