**Antrag auf Feststellung der Pflegebedürftigkeit (Pflegegrad)  
und Leistungen der Pflegeversicherung**

**Hinweis:** Dies ist ein neutraler Vordruck, nutzbar für gesetzlich und privat Pflegepflichtversicherte. Bitte ausfüllen, ausdrucken und an die Pflegekasse (Sitz bei der Krankenkasse) bzw. die Private Pflegepflichtversicherung senden.

**Absender**

Name: ................................................................................................................

Straße & Nr.: ....................................................................................................

PLZ / Ort: ........................................................................................................

Telefon: ............................................... E‑Mail: ..................................................

Versichertennummer (KV/PV): .............................................................................

**Empfänger**

An die Pflegekasse bei: .................................................................................

Adresse: .......................................................................................................

E‑Mail/Fax (optional): ......................................................................................

**Betreff**

Antrag auf Feststellung der Pflegebedürftigkeit (Pflegegrad) und Gewährung von Leistungen der Pflegeversicherung

**Antragstext**

Sehr geehrte Damen und Herren,  
  
hiermit beantrage ich / wir für die nachstehend genannte Person die Feststellung der Pflegebedürftigkeit (Pflegegrad) und die Gewährung von Leistungen der Pflegeversicherung.

Name der pflegebedürftigen Person: ....................................................................

Geburtsdatum: ............................. Versichertennummer: ........................................

Bitte vermerken Sie den heutigen Eingang dieses Schreibens als Antragsdatum. Ich bitte um zeitnahe Terminierung der Begutachtung sowie um eine schriftliche Eingangsbestätigung.

**Gewünschte Leistungen (bitte ankreuzen / ergänzen)**

☐ Pflegegeld (häusliche, privat organisierte Pflege)

☐ Pflegesachleistungen (ambulanter Pflegedienst)

☐ Kombinationsleistung (Pflegegeld + Sachleistungen)

☐ Entlastungsbetrag (monatlich) – Freischaltung/Nutzung

☐ Pflegehilfsmittel zum Verbrauch (monatlich)

☐ Wohnumfeldverbessernde Maßnahmen (Zuschuss, z. B. Badumbau)

☐ Tages- und Nachtpflege

☐ (Ab 01.07.2025) Jahresbetrag Verhinderungs-/Kurzzeitpflege (flexibel nutzbar)

☐ Weitere/sonstige Leistungen: .............................................................................

Bankverbindung für Geldleistungen (optional):

IBAN: ............................................................ Kontoinhaber (falls abweichend): ........................................

**Begutachtung / Terminwunsch**

Bitte beauftragen Sie den Medizinischen Dienst (bei Privatversicherten: Medicproof) mit einer zeitnahen Begutachtung.

Bevorzugte Zeiten / Erreichbarkeit: ........................................................................

☐ Hausbesuch gewünscht

☐ Hinweise zum Zugang (z. B. Treppen/Fahrstuhl, Klingel): ........................................

☐ Haustier vorhanden (Hinweis für Gutachter/in)

**Pflegeberatung (§ 7a SGB XI)**

Bitte bieten Sie uns eine Pflegeberatung an (gewünschte Form ankreuzen):

☐ Zuhause

☐ Telefonisch

☐ Videogestützt

**Ansprechpartner / Vertretung**

Hauptansprechperson/Pflegeperson: ........................................ Beziehung: ......................

Telefon: ........................................ E‑Mail: ......................................................

Bevollmächtigte/r bzw. gesetzliche/r Betreuer/in: .............................................................

☐ Vollmacht/Betreuerausweis liegt bei (Kopie als Anlage)

**Einwilligungen (optional)**

☐ Ich willige ein, dass zur Prüfung des Antrags erforderliche medizinische Unterlagen bei den behandelnden Ärztinnen/Ärzten angefordert und an den Medizinischen Dienst/Medicproof übermittelt werden dürfen. Diese Einwilligung kann ich jederzeit widerrufen.

☐ Bitte informieren Sie mich vorab über etwaige fehlende Unterlagen.

☐ Bitte senden Sie mir eine schriftliche Eingangsbestätigung.

**Rechtlicher Hinweis / Frist**

Ich bitte um Entscheidung innerhalb der gesetzlichen Frist. Bei Rückfragen kontaktieren Sie mich bitte unter den oben angegebenen Kontaktdaten.

**Anlagen (optional)**

☐ Kopie Krankenversichertenkarte

☐ Ärztliche Berichte / Medikamentenplan

☐ Pflegetagebuch / Pflegeprotokoll (Auszüge)

☐ Schwerbehindertenausweis (Kopie)

☐ Vollmacht / Betreuerausweis (Kopie)

☐ Weitere: ......................................................................................................

Ort, Datum: ..................................................................................................

Unterschrift der pflegebedürftigen Person (oder Vertreter/in): ..............................................

Name in Druckbuchstaben: .........................................................................................

**Kurzvariante (1 Seite) – für E‑Mail/Fax oder wenn es schnell gehen muss**

Betreff: Antrag auf Feststellung der Pflegebedürftigkeit (Pflegegrad) und Leistungen

Sehr geehrte Damen und Herren,  
  
hiermit stelle ich für [Name, Geburtsdatum, Versichertennummer] den Antrag auf Feststellung der Pflegebedürftigkeit (Pflegegrad) und beantrage [Pflegegeld / Pflegesachleistungen / Kombinationsleistung]. Bitte vermerken Sie den heutigen Eingang als Antragsdatum, beauftragen Sie die Begutachtung durch den Medizinischen Dienst/Medicproof und senden Sie mir eine Eingangsbestätigung. Für Rückfragen erreichen Sie mich unter [Telefon/E‑Mail].

Ansprechpartner: [Name, Beziehung] – [Telefon/E‑Mail]

Adresse: [Straße, PLZ Ort]

Mit freundlichen Grüßen  
[Ort, Datum, Unterschrift]

**Tipp: So reicht man den Antrag ein**

• Telefonisch bei der Pflegekasse (Anruf/Notiz mit Datum), zusätzlich kurz per E‑Mail/Fax/Brief mit diesem Vordruck.

• Datum des Erstantrags zählt für die Rückwirkung.

• Gleich um Pflegeberatung bitten und erste Unterlagen (z. B. Arztberichte, Pflegetagebuch) bereitlegen.