



PENSIONSVERSICHERUNGSANSTALT

Hauptstelle: Friedrich-Hillegeist-Straße 1, Postfach 1000, A-1021 Wien



BETR.: ANTRAG AUF ZUERKENNUNG BZW.
ERHÖHUNG DES PFLEGEGERDES NACH
DEM BUNDESPFLEGEGERDGESETZ

Eingelangt am:

FÜR

Bitte unbedingt ausfüllen ¹⁾	
Versicherungsnummer	Geburtsdatum

¹⁾ Falls die Versicherungsnummer nicht bekannt ist, geben Sie bitte Ihr Geburtsdatum in der Form TT MM JJ an.

Familien- und Vorname		Familienstand	Pensionsnummer/Aktenzeichen (Nur anzugeben, wenn nicht mit der Versicherungsnummer identisch)
Adresse – Straße, Gasse, Platz, Hausnummer, Stiege, Stock, Tür			
Postleitzahl	Ort	Bezirk	Telefonnummer
Bei einem vorübergehenden Aufenthalt in einem Heim, Krankenhaus, bei Familienangehörigen usw. geben Sie bitte die genaue Adresse bekannt			

DURCH (nur ausfüllen, wenn der Antrag von der pflegebedürftigen Person nicht selbst gestellt werden kann)

Familien- und Vorname			
Adresse – Straße, Gasse, Platz, Hausnummer, Stiege, Stock, Tür			
Postleitzahl	Ort	Bezirk	Telefonnummer
ICH BIN	☐ der gesetzliche Vertreter	☐ der gerichtlich bestellte Sachwalter ²⁾	☐ der Vormund ²⁾ ☐

²⁾ Bitte Bestellurkunde dem Antrag beilegen, wenn die Bestellung dem Versicherungsträger noch nicht angezeigt wurde!

Ich beantrage

Zutreffendes bitte ankreuzen ☒

- ☐ **die ZUERKENNUNG DES PFLEGEGERDES**
☐ **die ERHÖHUNG DES PFLEGEGERDES**

Die zur Bearbeitung meines Antrages erforderlichen Fragen beantworte ich wahrheitsgemäß auf den nachfolgenden Seiten dieses Antragsformulars.

Ich nehme zur Kenntnis, dass jede mir bekannte Veränderung in den Voraussetzungen für den Pflegegeldbezug, die den Verlust, eine Minderung, das Ruhen des Anspruches (zB ab dem 2. Tag eines Krankenhausaufenthaltes oder bei Unterbringung in einer Anstalt auf Bundeskosten) oder eine Anrechnung auf das Pflegegeld (bei Bezug anderer pflegebezogener Leistungen neben dem Pflegegeld) zur Folge haben, der auszahlenden Stelle binnen vier Wochen zu melden ist.

.....
Datum

.....
Unterschrift

Familien- und Vorname	Versicherungsnummer
Zutreffendes bitte ankreuzen ☒	

Ich bin sehbehindert. ☐ ja ☐ nein

Wenn ja: Übermittlung des Bescheides auch an die E-Mailadresse

..... erwünscht.

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	☐ ja	☐ nein
geistige Beeinträchtigung	☐ ja	☐ nein
Gedächtnisstörung / Demenz	☐ ja	☐ nein
psychiatrische Erkrankung	☐ ja	☐ nein
andere Ursachen	☐ ja	☐ 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

Familien- und Vorname	Versicherungsnummer
	Zutreffendes bitte ankreuzen ☒

4. Befinden oder befanden Sie sich innerhalb der letzten drei Monate vor der Antragstellung in einer in- oder ausländischen Krankenanstalt (zB Krankenhaus, Spital, Heilstätte, Kurheim)?

- ☐ nein
- ☐ ja
- (Krankenanstalt, Aufenthalt von – bis, Kostenträger)

Sollten Sie über den Anstaltsaufenthalt Unterlagen besitzen, senden Sie diese bitte mit.

5. Sind Sie durch einen Unfall pflegebedürftig geworden?

- ☐ nein
- ☐ ja – Datum des Unfalls: und
Unfallhergang (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 Bundespflegegeld ähnliche Leistung(zB 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):