



# PENSIONSVERSICHERUNGSANSTALT

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



BETR.: ANTRAG AUF ZUERKENNUNG BZW.  
ERHÖHUNG DES PFLEGESELDES NACH  
DEM BUNDESPFLEGESELDEGESETZ

Eingelangt am:

FÜR

<b>Bitte unbedingt ausfüllen</b> <sup>1)</sup>	
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
<b>ICH BIN</b>	<input type="checkbox"/> der gesetzliche Vertreter	<input type="checkbox"/> der gerichtlich bestellte Sachwalter <sup>2)</sup>	<input type="checkbox"/> der Vormund <sup>2)</sup> <input type="checkbox"/> .....

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

**Ich beantrage**

Zutreffendes bitte ankreuzen

- die ZUERKENNUNG DES PFLEGESELDES**
- die ERHÖHUNG DES PFLEGESELDES**

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 <input checked="" type="checkbox"/>

**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  | <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

Familien- und Vorname	Versicherungsnummer
Zutreffendes bitte ankreuzen <input checked="" type="checkbox"/>	

**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? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Handelt es sich um einen Arbeitsunfall?  | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Wurde eine Unfallanzeige erstattet?      | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> 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):