CAISSE NATIONALE DE SANTE
Assurance dépendance
B.P. 1023
L-1010 Luxembourg

Tel : (+352) 2757-4455 / Fax : (+352) 2757-4619
Email : assurancedependance@secu.lu

Der Verwaltung vorbehalten

Version 01-2024

ANTRAG AUF LEISTUNGEN DER PFLEGEVERSICHERUNG

! Der Antrag auf Pflegeleistungen besteht aus diesem Formular **UND** dem ärztlichen Gutachten des behandelnden Arztes (R20). **Der Antrag wird erst nach Erhalt beider Dokumente bearbeitet.**

Die mit * gekennzeichneten Felder sind Pflichtfelder.

*1. Angaben zum Antrag

Bitte kreuzen Sie das (oder die) entsprechende(n) Feld(er) an

☐ Antrag auf Pflegeleistungen

☐ Antrag auf technische Hilfsmittel oder Wohnraumanpassung

2. Angaben zum Antragsteller

Der Antragsteller ist jene Person, welche die Pflege benötigt.

*Sozialversicherungsnummer ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

*Name	
Ehename	
*Vorname	
*Hausnummer und Straße	
Stockwerk der Wohnung	
*Postleitzahl und Ort	
*Telefonnummer(n)	
E-Mail-Adresse	

Bankkonto des Antragstellers (bitte eine Bankbescheinigung RIB beifügen)

IBAN : ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐

Falls ausländische Bank	BIC Code ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

3. Wohnort im Fall einer Abweichung von der Meldeadresse

Nur ausfüllen, wenn zutreffend

*Hausnummer und Straße		Stockwerk
*Postleitzahl und Ort		

4. Angaben zur Pflegeperson

Nur ausfüllen, wenn zutreffend

Die Pflegeperson ist jene Person, die zur Hilfe und Pflege des Antragstellers beiträgt. Wenn nicht vorhanden, bitte eine Person angeben, die eine gute Kenntnis der Situation besitzt.

*Sozialversicherungsnummer ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

*Name	
*Vorname	
Hausnummer und Straße	
Postleitzahl und Ort	
*Telefonnummer(n)	
E-Mail-Adresse	
Verhältnis zum Antragsteller	

5. Nur ausfüllen falls der Antragsteller geschäftsunfähig ist oder unter Vormundschaft steht

Bitte eine Kopie des gerichtlichen Urteils beilegen

☐ Vormundschaft (tutelle) ☐ Pflegschaft (curatelle) ☐ gerichtliche Schutzbetreuung (sauvegarde de justice)

Angaben zum Vormund oder Betreuer

Sozialversicherungsnummer ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Name	
Vorname	
Telefonnummer(n)	

Für den Antragsteller eröffnetes Bankkonto (bitte eine Bankbescheinigung RIB beifügen)

IBAN : ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐

Falls ausländische Bank	BIC Code ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

6. Pflegedienst der die häusliche Pflege erbringt

Nur ausfüllen, wenn zutreffend

☐ Nein ☐ Ja, Name des Pflegedienstes

7. Arbeitsunfall - Berufskrankheit

Dieser Antrag steht in direktem Zusammenhang mit	Unfallnummer/Berufskrankheitsnummer (z.B. U 2004/42356)
☐ einem anerkannten Arbeits- oder Wegeunfall ☐ einer anerkannten Berufskrankheit	☐ U oder L ☐☐☐☐ Jahr / ☐☐☐☐☐ 5-stellige Nummer

*Ort _____ *Datum _____

_____

*Unterschrift des Antragstellers / gesetzlichen Vertreters

Der Antrag ist vom Antragsteller oder seinem gesetzlichen Vertreter zu unterzeichnen.
Im Falle eines **Antrags zur Anpassung** bestehender Leistungen kann der Antrag auch durch ein Familienmitglied, die Pflegeperson oder einen Mitarbeiter des Pflegedienstes unterzeichnet werden.

Dieses Formular und das ärztliche Gutachten (R20) sind ordnungsgemäß ausgefüllt und unterzeichnet an folgende Adresse zu schicken:

Caisse nationale de santé - Assurance dépendance
B.P. 1023 - L-1010 Luxembourg

oder per Fax an (+352) 2757-4619 oder per Email an assurancedependance@secu.lu

INFORMATIONEN BETREFFEND DEN DATENSCHUTZ

Als Verantwortlicher für die Verarbeitung der personenbezogenen Daten informiert die CNS Sie, dass die erhobenen Daten zur Bearbeitung Ihres Antrags auf Leistungen der Pflegeversicherung genutzt werden. In Ausführung des Gesetzes vom 2. August 2002 zum Schutz personenbezogener Daten bei der Datenverarbeitung haben Sie das Recht auf Auskunft und gegebenenfalls auf Berichtigung der Sie betreffenden Daten. Als Verantwortlicher für die Verarbeitung der personenbezogenen Daten kann die CNS die erhobenen Daten in Ausführung der gesetzlichen Bestimmungen an alle befugten Dienstleister und an Einrichtungen weitergeben, die gesetzlich berechtigt sind, solche Daten zu erhalten (z. B. die Bewertungs- und Kontrollbehörde der Pflegeversicherung, die Generalinspektion der Sozialen Sicherheit, die Ministerien und Verwaltungen für soziale Sicherheit, Gesundheit und Familie sowie jede ausländische Verwaltung, die an der Bearbeitung der Begutachtung des Zustands der Pflegebedürftigkeit beteiligt ist, wenn der Versicherte nicht in Luxemburg wohnhaft ist). Weitere Informationen über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten finden Sie im Merkblatt zum Schutz personenbezogener Daten, das auf unserer Website (www.cns.lu) verfügbar ist.

Es wird darauf hingewiesen, dass das Dokument „*synthèse de prise en charge*“ gegebenenfalls an Ihren Pflegeleistungserbringer übermittelt wird (gemäß dem geänderten großherzoglichen Erlass „*du 18 décembre 1998 fixant les modalités de la détermination de la dépendance*“). Es beinhaltet die Kontaktdaten des Antragstellers, die übernommenen Pflegeleistungen und die Daten betreffend die Identität und den Kompetenzbereich der Pflegeperson.

LE GOUVERNEMENT
DU GRAND-DUCHÉ DE LUXEMBOURG
Ministère de la Santé
et de la Sécurité sociale

Administration d'évaluation et de contrôle
de l'assurance dépendance

Schutz von personenbezogenen Daten
Information der Antragsteller auf Leistungen der Pflegeversicherung sowie Ihrer Pflegepersonen

DIESER HINWEIS BETRIFFT NUR DIE VON DER *ADMINISTRATION D'ÉVALUATION ET DE CONTRÔLE DE L'ASSURANCE DÉPENDANCE* VERARBEITETEN DATEN UND BETRIFFT NICHT DIE DATEN, DIE VON DER *CAISSE NATIONALE DE SANTÉ* VERARBEITET WERDEN.

Die Verordnung (EU) 2016/679 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 27. April 2016 zum Schutz natürlicher Personen bei der Verarbeitung personenbezogener Daten, zum freien Datenverkehr und zur Aufhebung der Richtlinie 95/46/EG (Datenschutz-Grundverordnung) ordnet im Abschnitt 2 *Informationspflicht und Recht auf Auskunft zu personenbezogenen Daten* - Artikel 13 *Informationspflicht bei Erhebung von personenbezogenen Daten bei der betroffenen Person* an, dass die betroffene Person ein Anrecht auf Informationen hat.

Die „betroffene Person" ist der Antragsteller auf Leistungen der Pflegeversicherung, dessen Antrag von der *Caisse nationale de santé* an die *Administration d'Evaluation et de contrôle de l'assurance dépendance* weitergeleitet wurde, sowie seine Pflegeperson.

Der „Verantwortliche" für die Datenverarbeitung ist die *Administration d'évaluation et de contrôle de l'assurance dépendance*, Postanschrift: L-2974 Luxembourg.

Die „Zwecke", für die die personenbezogenen Daten verarbeitet werden, sind vorrangig:

- die Begutachtung der Pflegebedürftigkeit des Antragstellers
- das Bestimmen der Leistungen der Pflegeversicherung
- die Kontrolle der Qualität der erbrachten Leistungen.

Im Prinzip hat die betroffene Person ein Recht:

- auf Auskunft seitens des Verantwortlichen über die Sie betreffenden personenbezogenen Daten
- auf Berichtigung oder Löschung oder auf Einschränkung der Verarbeitung der Daten
- auf Einschränkung der Verarbeitung oder auf Widerspruch gegen die Verarbeitung sowie auf Datenübertragbarkeit.

Es ist jedoch wichtig darauf zu achten, dass die Verarbeitung der Daten zur Erfüllung einer gesetzlichen Verpflichtung, der die *Administration d'évaluation et de contrôle de l'assurance dépendance* unterliegt, notwendig ist.

Umfassendere Informationen können von der Website www.assurance-dependance.lu heruntergeladen werden oder sind auf Anfrage per Brief, Fax, E-Mail oder Telefon erhältlich.

Ärztliches Gutachten des behandelnden Arztes im Rahmen eines Antrags auf Gewährung von Leistungen der Pflegeversicherung (R20)

Version 01-2024

Angaben zum Antragsteller	
SOZIALVERSICHERUNGSNUMMER	
NAME	
VORNAME	

Größe		**Gewicht**	

1.	**AKTUELLE GESUNDHEITLICHE BEEINTRÄCHTIGUNGEN** ➢ ***Das Ausfüllen der Rubriken 1.1., 1.2., oder 1.3. ist obligatorisch***
1.1.	**Ihr Patient befindet sich zum Zeitpunkt des Verfassens des R20 zu Hause oder in einer Hilfe- und Pflegeeinrichtung**
ICD10	➢ *Beschreiben Sie die Erkrankung, die dem Antrag zugrunde liegt*
1.2.	**Ihr Patient befindet sich zum Zeitpunkt des Verfassens des R20 stationär im Krankenhaus**
ICD10	➢ *Beschreiben Sie die Erkrankung, die dem Krankenhausaufenthalt zugrunde liegt,und gegebenenfalls, um welchen durchgeführten oder geplanten operativenEingriff es sich handelt (mit Angabe des Datums)*
1.3.	**Ihr Patient befindet sich zum Zeitpunkt des R20-Antrages in einer Reha-Einrichtung**
ICD10	➢ *Beschreiben Sie die Erkrankung, die der Rehabilitation zugrunde liegt und geben Sie die voraussichtliche Dauer der Rehabilitation an*

2.	**MEDIZINISCH-CHIRURGISCHE VORGESCHICHTE** ➢ ***Füllen Sie die entsprechenden Rubriken aus***
2.1.	**Ihr Patient befand sich in den vergangenen 3 Monaten stationär im Krankenhaus**
ICD10	➢ *Beschreiben Sie die Erkrankung(en), die dem Krankenhausaufenthalt zugrunde lag(en)*
2.2.	**Ihr Patient zeigt kognitive Beeinträchtigungen**
ICD10	➢ *Beschreiben Sie diese Erkrankung(en)*
2.3.	**Ihr Patient zeigt motorische Beeinträchtigungen**
ICD10	➢ *Beschreiben Sie diese Erkrankung(en)*
2.4.	**Weitere Pathologien**
ICD10	➢ *Beschreiben Sie die weiteren Erkrankungen der medizinisch-chirurgischen Vorgeschichte*

3.	**BEEINTRÄCHTIGUNG DER AUTONOMIE** ➢ ***Das Ausfüllen der Rubriken 3.1. bis 3.4 ist obligatorisch***
3.1.	**Beschreiben Sie, in welchem Maße die unter 1. und 2. aufgeführten Erkrankungen die Selbstständigkeit des Patienten in den Aktivitäten des täglichen Lebens zum jetzigen Zeitpunkt regelmäßig beeinträchtigen**

- ***Körperhygiene*** *(Hilfe bei Körper- und Mundhygiene, Gesichtsrasur und -enthaarung, Menstruationshygiene)*

- ***Toilettengang*** *(Hilfe beim Toilettengang, beim Wechseln des Stomabeutels, bei der Entleerung des Urinbeutels)*

- ***Ernährung*** *(Hilfe bei der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme, bei der enteralen Ernährung)*

- ***An- und Auskleiden*** *(Hilfe beim An- und Auskleiden, beim An- und Ablegen der Korrektur- und Hilfsmittel)*

- ***Mobilität*** *(Hilfe bei den Transfers, der Fortbewegung, dem Aufsuchen und Verlassen der Wohnung, dem Wechsel zwischen verschieden Ebenen)*

3.2.	**Beschreiben Sie, in welchem Maße die unter 1. und 2. aufgeführten Erkrankungen die Selbstständigkeit des Patienten momentan regelmäßig in anderen Bereichen beeinträchtigen**

- ***Andere Bereiche*** *(z.B. den Haushalt führen, seinen Alltag strukturieren*

3.3.	**Geben Sie an, wie lange diese Pflegebedürftigkeit voraussichtlich andauert**	
☐ mehr als 6 Monate	☐ weniger als 6 Monate	☐ Zustand ist irreversibel

3.4.	**Geben Sie an, ob der Patient eine tägliche Harn- und/oder Stuhlinkontinenz aufweist**

3.5.	**Beschreiben Sie, gegebenenfalls, in welchem Maße der Gesundheitszustand des Patienten sich grundlegend verändert hat, sodass eine <u>Nachtwache</u> in seinem häuslichenUmfeld erforderlich ist**

4.	**TECHNISCHE HIILFSMITTEL UND WOHNRAUMANPASSUNG** ➢ ***Beschreiben Sie die technischen Hilfsmittel und/oder Wohnraumanpassungen, die zum jetzigen Zeitpunkt medizinisch indiziert und auch tatsächlich vom Patienten erwünscht sind*** ➢ ***Bitte vermerken Sie weder bereits zur Verfügung stehende technische Hilfsmittel / Wohnraumanpassungen noch eventuell zukünftig benötigte***

5.	**MEDIKAMENTÖSE LANGZEITTHERAPIE** ➢ ***Das Ausfüllen dieser Rubrik ist obligatorisch***

Datum (obligatorisch)	Unterschrift und Stempel des Arztes (obligatorisch)

Bitte nachstehende Honorarrechnung ausfüllen und dem Antragsteller zusammen mit dem Gutachten in einem geschlossenen Umschlag aushändigen oder an folgende Adresse schicken:

Assurance Dépendance
B.P. 1023
L-1010 LUXEMBOURG

Version 01-2024

HONORARRECHNUNG

Datum, Unterschrift und Stempel sind für eine Abrechnung zwingend erforderlich

Nr	
Arztnummer (falls nicht auf dem Stempel vermerkt)	Unterschrift und Stempel des Arztes

Zu begutachtende Person	Name													
	Vorname													
	Sozialversicherungsnummer													

H	DATUM	TARIFCODE / BESCHREIBUNG / BETREFF	ANZAHL	BETRAG
A	Ausstellungsdatum des Gutachtens	R20 Ärztliches Gutachten des behandelnden Arztes im Rahmen eines Antrags auf Gewährung von Leistungen der Pflegeversicherung	1	

Der Verwaltung vorbehalten ***VISA DER ADMINISTRATION D'EVALUATION ET DE CONTROLE (AEC)***	
Eingangsdatum des medizinischen Berichts	Freigabe zur Abrechnung : JA ☐ NEIN ☐
Luxemburg, den	Stempel / Unterschrift

LE GOUVERNEMENT
DU GRAND-DUCHÉ DE LUXEMBOURG
Ministère de la Santé
et de la Sécurité sociale

Administration d'évaluation et de contrôle
de l'assurance dépendance

CNS
d'Gesondheetskeess

INFORMATIONEN BEZÜGLICH DES ANTRAGS AUF LEISTUNGEN DER PFLEGEVERSICHERUNG

Version 01-2024

Wann sollte ein Antrag auf Pflegeleistungen eingereicht werden?

Als pflegebedürftig anerkannt wird jede Person, die - unabhängig von ihrem Alter - infolge einer **körperlichen, geistigen oder psychischen Erkrankung oder Behinderung regelmäßig und erhebliche fremde Hilfe** (von einem Dienstleister, einem Angehörigen, einer Privatperson) bei den **Aktivitäten des täglichen Lebens (actes essentiels de la vie - AEV)** benötigt.

Diese **Aktivitäten des täglichen Lebens** betreffen Hilfe- und Pflegeleistungen in folgenden Bereichen:

- **Hygiene**: Hilfe bei Körper- und Mundhygiene, Gesichtsrasur und -enthaarung, Menstruationshygiene;
- **Toilettengang**: Hilfe beim Toilettengang, Hilfe beim Wechseln des Stomabeutels oder bei der Entleerung des Urinbeutels;
- **Ernährung**: Hilfe bei der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme, Hilfe bei der enteralen Ernährung;
- **An-/Auskleiden**: Hilfe beim An- und Ablegen der Kleidung, Hilfe beim An- und Ablegen der Korrektur- und Hilfsmittel;
- **Mobilität**: Hilfe bei den Transfers, der Fortbewegung, dem Aufsuchen und Verlassen der Wohnung, dem Wechsel zwischen verschiedenen Ebenen.

In einem oder mehreren Bereich(en) der AEV kann die Hilfestellung durch eine Drittperson erforderlich sein. Diese Hilfestellung kann je nach Gesundheitszustand verschiedene Formen annehmen:

- die Aktivitäten des täglichen Lebens (AEV) teilweise oder ganz anstelle der pflegebedürftigen Person ausführen;
- die pflegebedürftige Person bei der Ausführung der AEV überwachen oder unterstützen.

Die Hilfestellung bei den AEV durch eine Drittperson muss einer **bestimmten Intensität** entsprechen: die benötigte Hilfe muss mindestens **3,5 St./Woche** darstellen **(Mindestbedarf)**.

Die Pflegebedürftigkeit muss aller Wahrscheinlichkeit nach **mindestens sechs Monate andauern oder endgültig sein**: die Pflegeversicherung betrifft die dauerhafte, endgültige und irreversible Pflegebedürftigkeit. Ist eine Person kurzzeitig oder lediglich für die Haushaltsführung oder die Zubereitung ihrer Mahlzeiten auf Hilfe angewiesen, ist sie nicht pflegebedürftig im Sinne des Gesetzes.

Ein Antrag bei der Pflegeversicherung kann auch für einen **Bedarf an technischen Hilfsmitteln, einer Wohnraum- oder Fahrzeuganpassung** gestellt werden, unabhängig vom Bedarf an Unterstützung bei den Aktivitäten des täglichen Lebens (AEV).

Was muss bei der Einreichung des Antrags beachtet werden?

Der Antrag besteht aus **einem von Ihnen auszufüllenden Formular UND einem vom behandelnden Arzt auszufüllenden ärztlichen Gutachten (R20)**: der Antrag auf Leistungen ist erst vollständig, wenn beide Teile bei der Nationalen Gesundheitskasse (CNS) eingegangen sind.

Das ärztliche Gutachten (R20) ist für den Antragsteller kostenlos: Der Arzt wird direkt von der Pflegeversicherung vergütet. Der Eingang des Antrags wird durch eine **Empfangsbestätigung** validiert.

Der **Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung muss an folgende Stelle geschickt werden**:

Nationale Gesundheitskasse (CNS) - Pflegeversicherung

Postfach 1023	Fax (+352) 27 57-4619
L-1010 Luxembourg	assurancedependance@secu.lu

Was tun bei dringendem Bedarf an Hilfe- und Pflegeleistungen, wenn ich zu Hause lebe?

Sie können **sich direkt an einen Anbieter (Pflegedienst) Ihrer Wahl wenden, der sie über die Modalitäten der Übernahme informiert**.
Werden Sie nach der Bewertung durch die Bewertungs- und Kontrollbehörde (AEC) der Pflegeversicherung als pflegebedürftig anerkannt, werden die von einem Pflegedienst erbrachten Hilfe- und Pflegeleistungen (Sachleistungen) ab dem Datum des Antrags geschuldet.

Was tun bei dringendem Bedarf an technischen Hilfsmitteln, Wohnraum- oder Fahrzeuganpassung?

Für sämtliche Auskünfte im Zusammenhang mit technischen Hilfsmitteln, einer Wohnraum- oder einer Fahrzeuganpassung können Sie sich wenden an :

HELPLINE „TECHNISCHE HILFSMITTEL“ DER AEC

Montag bis Freitag von 8:30 bis 11:30 Uhr und von 13:30 bis 16:30 Uhr

Tel. (+352) 247-86040	Fax (+352) 247-86055
helpline.at.lo@ad.etat.lu	www.assurance-dependance.lu

WICHTIG: Sie sollten keinesfalls auf eigene Initiative technische Hilfsmittel (z. B. Rollstuhl, Pflegebett, Gehhilfen) kaufen, Wohnraum- oder Fahrzeuganpassungsarbeiten beginnen. Sie sollten unbedingt die Genehmigung der AEC abwarten. Die Gesetzgebung sieht **keine rückwirkende Kostenübernahme** vor.

Welche Kontaktadressen gibt es, falls ich weitere Informationen benötige ?

HELPLINE „SEKRETARIAT“ DER AEC

Montag bis Freitag von 8:30 bis 11:30 und von 13:30 bis 16:30

Tel. (+352) 247-86060	Fax (+352) 247-86061
secretariat@ad.etat.lu	www.assurance-dependance.lu

Postanschrift : Administration d’évaluation et de contrôle de l’assurance dépendance
L-2974 Luxembourg

Auf Anfrage können wir Ihnen Informationsmaterial zusenden.

Nützliche Adressen

CENTRE COMMUN DE LA SECURITE SOCIALE (CCSS)
Tel. (+352) 40 141-1
www.ccss.lu - ccss@secu.lu
Rentenversicherungsbeiträge der privaten Pflegeperson (Familienangehöriger oder Angestellter)

MINISTÈRE DE LA FAMILLE, DES SOLIDARITÉS, DU VIVRE ENSEMBLE ET DE L’ACCUEIL
Senioren-Telefon (+352) 247-86000
www.luxsenior.lu - senioren@fm.etat.lu
Informationsdienst für Senioren - Liste mit dem Angebot aller Strukturen für ältere Menschen

FONDS NATIONAL DE SOLIDARITÉ (FNS)
Tel. (+352) 491081-1
www.fns.public.lu - info@fns.public.lu
Informationen über eine mögliche Bezuschussung der Unterkunftskosten in einer Pflege-einrichtung

INFO HANDICAP
Tel. (+352) 366 466
www.info-handicap.lu - info@iha.lu
Nationales Informationszentrum bezüglich aller Fragen in Verbindung mit einer Behinderung