

ANTRAG AUF LEISTUNGEN DER PFLEGEVERSICHERUNG

! Der Antrag auf Pflegeleistungen besteht aus diesem Formular **UND** dem medizinischen Bericht des behandelnden Arztes (R20). **Der Antrag wird erst nach Erhalt beider Dokumente bearbeitet.**
 Die mit * gekennzeichneten Felder sind Pflichtfelder.

*1. Angaben zum Antrag		<i>Bitte kreuzen Sie das (oder die) entsprechende(n) Feld(er) an</i>
Antrag auf Pflegeleistungen		vom Arzt anzugeben (R20)
Antrag auf technische Hilfsmittel oder Anpassung des Wohnumfeldes		vom Arzt anzugeben (R20)
2. Angaben zum Antragsteller		
Der Antragsteller ist jene Person, welche die Pflege benötigt.		
*Sozialversicherungsnummer	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
*Name	<input style="width: 100%;" type="text"/>	
Ehename	<input style="width: 100%;" type="text"/>	
*Vorname	<input style="width: 100%;" type="text"/>	
*Hausnummer und Straße	<input style="width: 100%;" type="text"/>	
Stockwerk der Wohnung	<input style="width: 100%;" type="text"/>	
*Postleitzahl und Ort	<input style="width: 100%;" type="text"/>	
*Telefonnummer(n)	<input style="width: 100%;" type="text"/>	
E-Mail-Adresse	<input style="width: 100%;" type="text"/>	
Bankkonto des Antragstellers		
IBAN : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
Falls ausländische Bank		
BIC Code : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
3. Wohnort im Fall einer Abweichung von der legalen Adresse		<i>Nur ausfüllen wenn zutreffend</i>
*Hausnummer und Straße	<input style="width: 60%;" type="text"/>	Stockwerk <input style="width: 20%;" type="text"/>
*Postleitzahl und Ort	<input style="width: 100%;" type="text"/>	
4. Angaben zur Pflegeperson		<i>Nur ausfüllen wenn zutreffend</i>
Die Pflegeperson ist jene Person, die zur Hilfe und Pflege des Antragstellers beiträgt. Bei Abwesenheit, bitte eine Person angeben die eine gute Kenntnis der Situation besitzt.		
*Sozialversicherungsnummer	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
*Name	<input style="width: 100%;" type="text"/>	
*Vorname	<input style="width: 100%;" type="text"/>	
Hausnummer und Straße	<input style="width: 100%;" type="text"/>	
Postleitzahl und Ort	<input style="width: 100%;" type="text"/>	
*Telefonnummer(n)	<input style="width: 100%;" type="text"/>	
E-Mail-Adresse	<input style="width: 100%;" type="text"/>	
Verhältnis zum Antragsteller	<input style="width: 100%;" type="text"/>	

5. Nur ausfüllen falls der Antragsteller handlungsunfähig ist oder unter Vormundschaft steht.*Bitte eine Kopie des gerichtlichen Urteils beilegen*

Vormundschaft

rechtliche Pflegschaft (Kuratel)

rechtliche Betreuung

Angaben zum Vormund oder Betreuer (Kurator)Sozialversicherungsnummer

Name

Vorname

Telefonnummer(n)

Für den Antragsteller eröffnetes BankkontoIBAN :

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 ist 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 unterschreiben.**

Im Falle eines Antrags zur Anpassung bestehender Leistungen, kann der Antrag auch durch ein Familienmitglied oder einen Mitarbeiter des Pflegedienstes unterschrieben werden.

Dieses Formular und das medizinische 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

an die Fax-Nummer : (+352) 27 57- 4619

INFORMATIONEN BETREFFEND DEN DATENSCHUTZ

Die CNS, verantwortlich für die Verarbeitung der persönlichen Daten, informiert Sie, dass die gesammelten 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. Die CNS, verantwortlich für die Verarbeitung der persönlichen Daten, kann, in Ausführung der gesetzlichen Bestimmungen, die Daten an die « Administration d'évaluation et de contrôle de l'assurance dépendance », die « Inspection générale de la Sécurité sociale », die Ministerien und Verwaltungen der Sozialen Sicherheit, der Gesundheit und der Familie, weitergeben.

Es wird darauf hingewiesen, dass das Dokument « *synthèse de prise en charge* » gegebenenfalls an Ihren Pflegeleistungserbringer übermittelt wird (gemäß dem modifizierten 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.



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 an, im Abschnitt 2 - *Informationspflicht und Recht auf Auskunft zu personenbezogenen Daten* - Artikel 13 *Informationspflicht bei Erhebung von personenbezogenen Daten bei der betroffenen Person*, dass die betroffene Person ein Anrecht auf folgende Informationen hat:

Die „betroffenen Person“ ist der Antragsteller auf Leistungen der Pflegeversicherung dessen Antrag von der Caisse nationale de santé an die Administration d'Évaluation 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 125, rte d'Esch, 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 betreffenden personenbezogenen Daten
- auf Berichtigung oder Löschung oder auf Einschränkung der Verarbeitung der Daten
- auf Einschränkung der Verarbeitung oder ein Widerspruchsrecht 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.

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 lagen
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	
	<ul style="list-style-type: none"> ● Körperhygiene (Hilfe bei Körper- und Mundhygiene, Gesichtsrasur und -enthaarung, Menstruationshygiene) 	
	<ul style="list-style-type: none"> ● Toilettengang (Hilfe beim Toilettengang, beim Wechseln des Stomabeutels, bei der Entleerung des Urinbeutels) 	
	<ul style="list-style-type: none"> ● Ernährung (Hilfe bei der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme, bei der enteralen Ernährung) 	
	<ul style="list-style-type: none"> ● An- und Auskleiden (Hilfe beim An- und Auskleiden, beim An- und Ablegen der Korrektur- und Hilfsmittel) 	
	<ul style="list-style-type: none"> ● Mobilität (Hilfe bei den Transfers, der Fortbewegung, dem Aufsuchen und Verlassen der Wohnung, dem Wechsel zwischen verschiedenen 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	
	<ul style="list-style-type: none"> ● 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 <u>Harn- und/oder Stuhlinkontinenz</u> aufweist :	
3.5.	Beschreiben Sie, gegebenenfalls, in welchem Maße der Gesundheitszustand des Patienten sich grundlegend verändert hat, so daß eine <u>Nachtwache</u> in seinem häuslichen Umfeld erforderlich ist.	

4.

TECHNISCHE HILFSMITTEL UND WOHNRAUMANPASSUNG

- *Beschreiben Sie die technischen Hilfsmittel und/oder Wohnraumanpassungen, die zum jetzigen Zeitpunkt medizinisch indiziert sind und auch tatsächlich vom Patienten erwünscht.*
- *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 Bericht in einem geschlossenen Umschlag aushändigen oder an folgende Adresse schicken:

Assurance Dépendance
B.P. 1023
L-1010 LUXEMBOURG

10-2019_R20_v01.00

HONORARRECHNUNG

➤ Datum, Unterschrift und Stempel sind für eine Abrechnung zwingend erforderlich

N°:	
Arztnummer :	
➤ (falls nicht auf dem Stempel vermerkt)	Unterschrift und Stempel des Arztes

Zu begutachtende Person	Name :	
	Vorname :	
	Sozialversicherungsnummer :	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

H	DATUM	TARIF CODE / BESCHREIBUNG / BETREFF	ANZAHL	BETRAG
A	Ausstellungsdatum des Gutachtens	R20 Medizinisches Gutachten des behandelnden Arztes im Rahmen eines Antrags auf Gewährung von Leistungen der Pflegeversicherung (nicht kumulierbar mit einer Sprechstunde oder Hausbesuch)	1	

Der Verwaltung vorbehalten VISA DER ADMINISTRATION D'EVALUATION ET DE CONTROLE (AEC)	
Eingangsdatum des medizinischen Berichts :	Freigabe für Abrechnung : JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/>
Luxemburg, den	Stempel / Unterschrift



INFORMATIONEN BEZÜGLICH DES ANTRAGS AUF LEISTUNGEN DER PFLEGEVERSICHERUNG

Version 10-2019

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 beachtet werden bei der Einreichung des Antrags ?

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 - L-1010 Luxembourg

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

Sie können **sich direkt an einen Anbieter Ihrer Wahl (ein Pflegedienst) 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 oder Wohnraumanpassung ?

Für sämtliche Auskünfte im Zusammenhang mit technischen Hilfsmitteln, einer Wohnraum- oder einer Fahrzeuganpassung können Sie sich an die **HELPLINE „TECHNISCHE HILFSMITTEL“ DER AEC** wenden:

Telefonnummer: **(+352) 247-86040**

Montags - Dienstags - Donnerstags - Freitags : von 8:30 bis 11:30 Uhr

Mittwochs: von 13:30 bis 17:00 Uhr

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

Welche Kontaktadressen gibt es, falls ich weitere Informationen benötige ?

HELPLINE SEKRETARIAT DER AEC : (+352) 247-86060

Montags bis freitags von 9 bis 11 Uhr und von 14 bis 16 Uhr

Briefadresse : Administration d'évaluation et de contrôle (AEC) de l'assurance dépendance
125, route d'Esch - L-2974 Luxembourg

secretariat@ad.etat.lu

Fax: (+352) 247-86061

www.assurance-dependance.lu

Auf Anfrage können wir Ihnen auch Informationsmaterial zusenden.

Nützliche Adressen

MINISTÈRE DE LA FAMILLE ET DE L'INTÉGRATION

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)

8-10, rue de la Fonderie - B.P. 2411 - L-1024 Luxembourg

Tel. (+352) 491081-1 / www.fns.lu / fns@secu.lu

Informationen über eine mögliche Bezuschussung der Unterkunftskosten in einer Pflegeeinrichtung

INFO HANDICAP

Tel. (+352) 366 466 / www.info-handicap.lu / info@iha.lu

Nationales Informationszentrum bezüglich aller Fragen in Verbindung mit einer Behinderung

CENTRE COMMUN DE LA SECURITE SOCIALE

Tel. (+352) 40 141-1 / www.ccss.lu

Pensionsversicherung der privaten Pflegeperson