

Zurück an:

BKK exklusiv
31273 Lehrte

Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung

- Erstantrag
 Antrag auf Einstufung in einen höheren Pflegegrad
 Antrag auf Änderung der Pflegeleistung von _____ (bisherige Pflegeleistung) in _____ (zukünftige Pflegeleistung) ab _____

I. Personalien des Pflegebedürftigen	
Name, Vorname	Geburtsdatum
Straße	Postleitzahl, Ort
Telefonnummer	Versichertennummer

II. Angaben zum Betreuer/Bevollmächtigten		
Haben Sie einen Betreuer? (bitte Kopie des Betreuerausweises beifügen)		
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
Haben Sie einen Bevollmächtigten? (bitte Vollmacht beifügen)		
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
Sofern Sie weder einen Betreuer, noch einen Bevollmächtigten haben, jedoch für die Zukunft einen Bevollmächtigten haben möchten, füllen Sie bitte nachfolgende Daten aus:		
Hiermit erteile ich u. g. Person* die Vollmacht mich in allen Angelegenheiten der Kranken- und Pflegeversicherung zu vertreten.		
*Name, Vorname	*Geburtsdatum	
*Straße	*Postleitzahl, Ort	
*Telefonnummer		
Ort, Datum	Unterschrift des Vollmachtgebers	Unterschrift des Bevollmächtigten

III. Vorversicherungszeiten		
Anspruch auf Pflegeleistungen besteht, wenn in den letzten 10 Jahren vor der Antragsstellung mindestens 2 Jahre eine Versicherung bei einer Pflegekasse bestand.		
Sind Sie bereits seit mindestens 2 Jahren bei der BKK exklusiv versichert?		
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein, zuvor war ich versichert bei der		
Name der Krankenkasse	Von	Bis

IV. Art der beantragten Pflegeleistung

Welche Pflegeleistung beantragen Sie?

- Pflegegeld (private Pflegeperson)
- Pflegesachleistung (Pflegedienst / Sozialstation)
- Pflegekombinationsleistung (Pflegegeld + Pflegesachleistung)
- Tages- oder Nachtpflege (teilstationäre Pflegeeinrichtungen)
- Vollstationäre Pflege (in einem Pflegeheim)
- Vollstationäre Pflege (in einer Einrichtung für behinderte Menschen)

V. Angaben zur Pflegeperson (falls vorhanden)

Sofern mehrere Pflegepersonen vorhanden sind, verwenden Sie bitte Seite 5.

Name, Vorname	Geburtsdatum
Straße	Postleitzahl, Ort
Telefonnummer	Rentenversichertennummer

VI. Angaben zum Pflegedienst (falls vorhanden)

Name

Straße	Postleitzahl, Ort
Telefonnummer	Faxnummer

VII. Angaben zum Pflegeheim (falls vorhanden)

Name

Straße	Postleitzahl, Ort
Telefonnummer	Faxnummer

VIII. Angaben zum Hausarzt bzw. behandelnden Arzt

Name

Straße	Postleitzahl, Ort
Telefonnummer	Faxnummer

IX. Erklärung

Der Umfang Ihrer Pflegebedürftigkeit wird durch medizinisch-pflegerisches Fachpersonal des Medizinischen Dienstes der Kranken- und Pflegeversicherung oder durch unabhängige Gutachter festgestellt. In der Regel erfolgt die Begutachtung bei Ihnen Zuhause. Für die Gutachter ist es bei der Beurteilung Ihrer Pflegebedürftigkeit oftmals hilfreich, wenn sie von Ihren behandelnden Ärzten Auskünfte oder medizinische Unterlagen erhalten können.

Ich bin damit einverstanden, dass der Pflegekasse und dem Medizinischen Dienst der Kranken- und Pflegeversicherung vorhandene ärztliche Berichte, Gutachten und Befunddokumentationen zur Einsichtnahme zur Verfügung gestellt werden. Ich bin ferner damit einverstanden, dass Kranken- und Pflegekasse personenbezogene Daten, die ihnen von einem Arzt zugänglich gemacht worden sind, im erforderlichen Umfang gemeinsam verarbeiten und nutzen (§96 Abs. 2 SGB XI).

X. Angaben zu weiteren Pflegeleistungen

- Sie erhalten bereits Pflegeleistungen
- vom Sozialamt
 vom Unfallversicherungsträger
 vom Versorgungsamt
 vom sonstigen Leistungserbringer: _____
- Sie erhalten keine anderen Pflegeleistungen

XI. Angaben zum Beihilfeanspruch

- Sie erhalten bereits Beihilfe

Name und Anschrift der Beihilfestelle, ggf. Aktenzeichen

- Sie sind nicht beihilfeberechtigt

XII. Bankverbindung

Bitte überweisen Sie das Geld auf folgendes Konto:

Kontoinhaber

Name des Geldinstitutes

IBAN

BIC

XIII. Datenschutzhinweis

Damit wir unsere Aufgabe rechtmäßig erfüllen können, ist Ihr Mitwirken nach §§ 7, 28 SGB XI sowie nach § 60 SGB I erforderlich. Ihre Daten sind in vorliegendem Falle aufgrund § 94 SGB XI zu erheben. Fehlt Ihre Mitwirkung, kann dies zu Nachteilen (z. B. bei den Leistungsansprüchen) führen.

Datum

Unterschrift des Pflegebedürftigen bzw. Bevollmächtigten

*(Mit dieser Unterschrift bestätigen Sie, dass die gemachten Angaben korrekt sind und stimmen insbesondere den Punkten IX., XII. und XIII. zu.)

XIV. Angaben zu weiteren Pflegepersonen (falls vorhanden)

Falls mehrere Pflegepersonen vorhanden sind, können Sie diese hier eintragen.

Name, Vorname	Geburtsdatum
Straße	Postleitzahl, Ort
Telefonnummer	Rentenversichertennummer

XV. Angaben zu weiteren Pflegepersonen (falls vorhanden)

Falls mehrere Pflegepersonen vorhanden sind, können Sie diese hier eintragen.

Name, Vorname	Geburtsdatum
Straße	Postleitzahl, Ort
Telefonnummer	Rentenversichertennummer

XVI. Angaben zu weiteren Pflegepersonen (falls vorhanden)

Falls mehrere Pflegepersonen vorhanden sind, können Sie diese hier eintragen.

Name, Vorname	Geburtsdatum
Straße	Postleitzahl, Ort
Telefonnummer	Rentenversichertennummer