

Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung (§§ 36 – 38 SGB XI und § 43 SGB XI)

Angaben zur pflegebedürftigen Person

Name, Vorname		Geburtsdatum	
Straße	Hausnummer	Versichertennummer	
PLZ	Ort		Telefonnummer

Angaben zum Betreuer/Bevollmächtigten

Ich habe einen Betreuer/Bevollmächtigten:

nein ja (Kopie der Urkunde/Vollmacht ist beigelegt)

Name, Vorname des Betreuers/Bevollmächtigten	Straße	Hausnummer
Telefonnummer	PLZ	Ort

Ich beantrage

- Pflegegeld** – Die Pflege erfolgt durch eine private Pflegeperson.
- Sachleistung** – Die Pflege erfolgt durch einen zugelassenen Pflegedienst.
- Kombinationspflege** – Die Pflege erfolgt durch eine private Pflegeperson und einen Pflegedienst
- Tages- oder Nachtpflege** – Die Pflege erfolgt in einer teilstationären Einrichtung.
- Vollstationäre Pflege** – Die Pflege erfolgt in einem Pflegeheim oder einer Behinderteneinrichtung.

Name, Vorname

Versichertennummer



Die Pflege wird derzeit durchgeführt von

Pflegeperson 1:

Name, Vorname der Pflegeperson

Straße

Hausnummer

Telefonnummer

PLZ

Ort

Pflegeperson 2:

Name, Vorname der Pflegeperson

Straße

Hausnummer

Telefonnummer

PLZ

Ort

Pflegedienst/Pflegeeinrichtung:

Name Pflegedienst/Pflegeeinrichtung

Straße

Hausnummer

Telefonnummer

PLZ

Ort

Der Pflegedienst / die Einrichtung ist tätig seit dem _____.

Ich möchte einen Pflegedienst in Anspruch nehmen, habe aber noch keinen gefunden. Bitte teilen Sie mir die Pflegedienste in meiner Nähe mit

Terminabsprache zur Begutachtung soll erfolgen mit:

Name, Vorname

Telefonnummer

Bankverbindung für die Zahlung des Pflegegeldes

auf mein eigenes Konto

auf das Konto meiner Vertrauensperson

IBAN

BIC

Geldinstitut

Name, Vorname Kontoinhaber

Name, Vorname

Versichertennummer



Ergänzende Angaben zum Pflegeantrag

Behandelnder Arzt / behandelnde Ärztin:

Name der Arztpraxis

Straße

Hausnummer

Telefonnummer

PLZ

Ort

Ich erhalte bereits Pflegeleistungen (bitte entsprechenden Bescheid beifügen):

nein

- ja, von dem Sozialamt der Unfallversicherung
 dem Versorgungsamt einem ausländischen Leistungsträger

Ich erhalte bereits Entschädigungsleistungen wegen Pflegebedürftigkeit (bitte entsprechenden Bescheid beifügen):

nein

- ja, von einem Träger der Unfallversicherung
 als Kriegsbeschädigter nach dem Bundesversorgungsgesetz
 eines sonstigen Unfalls, Geburtsschadens oder Behandlungsfehlers

Ich habe Ansprüche auf Beihilfe oder Heilfürsorge im Pflegefall:

nein ja (bitte Angaben zur Behörde ausfüllen)

Name der Behörde

Straße

Hausnummer

Versicherungsnummer

PLZ

Ort

Ich habe bereits von meiner Vorkasse Pflegeleistungen erhalten:

nein ja (bitte Angaben zur Vorkasse ausfüllen)

Name der Vorkasse

Straße

Hausnummer

Versicherungsnummer

PLZ

Ort

Name, Vorname

Versichertennummer



Einverständniserklärung

Ich bin damit einverstanden, dass der MD - soweit zur Pflegebegutachtung erforderlich –

- meine behandelnden Ärzte in die Begutachtung einbezieht,
- ärztliche Auskünfte und Unterlagen über Vorerkrankungen sowie Art, Umfang und Dauer der Hilfebedürftigkeit einholt,
- meine pflegenden Angehörigen und sonstige an meiner Pflege beteiligte Personen oder Dienste befragt.

Ich bin damit einverstanden, dass die Debeka BKK - Pflegekasse

- Unterlagen, die in Zusammenhang mit meinem Pflegeantrag bei der Pflegekasse eingehen, an den MD weiterleitet.
Das gilt ausschließlich für Informationen, die zur Begutachtung erforderlich sind.

Falls Sie damit nicht einverstanden sind, streichen Sie bitte den entsprechenden Abschnitt durch.

Bitte beachten Sie:

Sofern Sie die Einwilligung in Bezug auf die Schweigepflichtsentbindung verweigern, kann dies zu Nachteilen bei der Leistungserbringung führen (§ 66 SGB I).

Datum und Ort

Unterschrift des Versicherten oder des gesetzlichen Vertreters

Datenschutzhinweis

Diese Daten werden nach § 60 SGB I i.V.m. § 94 SGB XI erhoben. Gemäß den gesetzlichen Bestimmungen beauftragt die Pflegekasse der Debeka BKK den Medizinischen Dienst (MD) mit der Feststellung der Pflegebedürftigkeit. Dies erfolgt zumeist im Rahmen eines Hausbesuches. Zur Beschleunigung und/ oder Unterstützung Ihres Antrages kann es erforderlich sein, Angaben zu Vorerkrankungen und Informationen zur Hilfebedürftigkeit bei Ihren Ärzten einzuholen. Mit Ihrer Zustimmung kann der MD auch Ihre Pflegepersonen oder den Pflegedienst befragen (§18 Abs. 4 SGB XI). Diese Einwilligung können Sie jederzeit mit zukünftiger Wirkung widerrufen. Liegt ein Beihilfeanspruch vor und sind Rentenversicherungspflichtige Pflegepersonen vorhanden, werden diese aufgrund § 44 Abs. 5 Satz 1 SGB XI an die Beihilfestelle zur Aufnahme der Beitragszahlung gemeldet.

Weitere Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten finden Sie auf unserer Internetseite www.debeka-bkk.de/datenschutz.

Debeka BKK Pflegekasse 56048 Koblenz | **Telefon** 0261 94143 - 0 | **Fax** 0261 94143 - 930 | info@debeka-bkk.de