

Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung

Zurück an:

bkk melitta hmr
Postfach 1224
32372 Minden

Angaben des/der Pflegebedürftigen

Name, Vorname des/der Versicherten/Pflegebedürftigen:	Geburtsdatum:	KV-Nummer:
Anschrift (Straße, PLZ, Ort):		Telefon:
Ich habe einen Betreuer <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja (bitte Kopie des Betreuerausweises beifügen)		
Ich habe einen Bevollmächtigten <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja (bitte Vollmacht beifügen)		
Name, Vorname:		
Anschrift (Straße, PLZ, Ort):		Telefon:

<input type="checkbox"/> Neuantrag	<input type="checkbox"/> Einstufung in einen höheren Pflegegrad	<input type="checkbox"/> Umstellungsantrag
------------------------------------	---	--

Ich beantrage folgende Leistungsart:	
<input type="checkbox"/> Geldleistung	(Pflege durch eine private Pflegeperson)
<input type="checkbox"/> Sachleistung	(Pflege durch einen zugelassenen Pflegedienst)
<input type="checkbox"/> Kombinationsleistung	(Pflege durch eine private Pflegeperson <u>und</u> einen zugelassenen Pflegedienst/ Tages-/ Nachtpflegeeinrichtung)
<input type="checkbox"/> Tages- und Nachtpflege	(Pflege in einer zugelassenen Tages-/ Nachtpflegeeinrichtung)
(teilstationäre Pflege)	
<input type="checkbox"/> Zusätzliche Leistungen für	Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohngruppen
<input type="checkbox"/> Dauerhafte Pflege in einem Pflegeheim ab:	<input type="text"/> incl. 43b SGB XI
Meine Heimaufnahme ist notwendig, weil:	
<input type="checkbox"/> Dauerhafte Pflege in einer Einrichtung für behinderte Menschen ab:	<input type="text"/>

Der behandelnde Arzt:

Name des Arztes:	
PLZ, Ort:	Straße:

Die beantragte Geldleistung soll auf mein/folgendes Konto überwiesen werden:

Kontoinhaber/in (Name, Vorname):	Geldinstitut:
IBAN:	BIC:

Waren Sie in den letzten 10 Jahren bei anderen Pflegekassen versichert? Nein Ja, bei:

Pflegekasse:	Zeitraum von	bis
--------------	--------------	-----

Die Pflegetätigkeiten werden durchgeführt von:

Private Pflegeperson

Name, Vorname, Anschrift (Straße, PLZ, Ort):	Geburtsdatum:	Telefon:	Krankenkasse:
Andere Pflegebedürftige werden gepflegt <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
Name, Vorname, Anschrift (Straße, PLZ, Ort):	Geburtsdatum:	Telefon:	Krankenkasse:
Andere Pflegebedürftige werden gepflegt <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			

Pflegedienst - tätig seit: _____

Name, Anschrift (Straße, PLZ, Ort):	Telefon:
-------------------------------------	----------

Pflegeheim **Tagespflegeeinrichtung** **Einrichtung für behinderte Menschen**

Name, Anschrift (Straße, PLZ, Ort):	Telefon:
-------------------------------------	----------

Ursachen der Pflegebedürftigkeit

Arbeitsunfall/Berufskrankheit	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Versorgungsleiden/Kriegsschaden/Wehrdienstschaden	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Sonstiger Unfall (z. B. Autounfall)	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Behandlungsfehler/Geburtshilfefehler	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Ich erhalte bereits Pflegeleistungen von anderen Leistungsträgern	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja *
Ich habe Pflegeleistungen bei anderen Leistungsträgern beantragt	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja *
Name, Anschrift, Aktenzeichen von der zuständigen Stelle:		

* Bitte eine Bescheinigung über die Höhe der Leistungen oder eine Kopie des Bescheides beifügen

Es besteht ein Anspruch auf Beihilfe/freie Heilfürsorge, da

- ich im öffentlichen Dienst beschäftigt bin/war.	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
- ich eine Hinterbliebenenversorgung aus einem öffentlich-rechtlichen Dienstverhältnis meines Ehegatten/meines Elternteils erhalte.	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
- mein Ehegatte/ein Elternteil im öffentlichen Dienst beschäftigt ist/war.	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
- ich in einem öffentl. Dienstverhältnis (z. B. als Polizist, Berufssoldat) stehe.	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Name, Anschrift der Beihilfestelle:		

Erklärung zum Antrag auf Pflegeleistungen und zur Entbindung von der Schweigepflicht

Ich erteile meinen behandelnden Ärzten, den mich behandelnden Kliniken, mich betreuenden Pflegekräften, Pflegediensten und stationären Pflegeeinrichtungen, sowie meinen anderen Therapeuten (z.B. Krankengymnastik, Ergotherapie, Logopädie) die Berechtigung, dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) Auskünfte über die für die Begutachtung der Pflegebedürftigkeit wichtigen Erkrankungen, sowie Art, Umfang und Dauer der Hilfebedürftigkeit zu erteilen und entsprechende Unterlagen zur Verfügung zu stellen, die zur Aufgabenerfüllung der Pflegekasse und/oder des MDK für den konkreten Einzelfall benötigt werden. Diese Erklärung gebe ich freiwillig ab, ich kann sie jederzeit widerrufen. Nein Ja

Ich verpflichte mich, jede Änderung der Verhältnisse, die einen Einfluss auf die Leistungen der sozialen Pflegeversicherung, unverzüglich der Pflegekasse mitzuteilen. Diese sind z.B. Umzug in ein Pflegeheim, Hinzunahme eines Pflegedienstes, Änderung der Bankverbindung, Änderung des Gesundheitszustandes (Besserung/Verschlechterung) und Beantragung oder Bezug von Beihilfe- oder Versorgungsleistungen.

Einige Leistungen der Pflegekasse werden im Voraus gezahlt. Hierdurch kann es zu Überzahlungen kommen. Ich verpflichte mich daher, überzahlte Beträge unverzüglich an die Pflegekasse zurückzahlen.

Ja, ich stimme zu

Nein, ich stimme nicht zu

Ich versichere, dass ich die Angaben in diesem Antrag wahrheitsgemäß nach bestem Wissen und Gewissen gemacht habe.

Datum:	Unterschrift des/der Pflegebedürftigen/Bevollmächtigten/Betreuers/in:
--------	---

Datenschutzhinweis (§67 a Abs. 3 Sozialgesetzbuch X): Damit wir unsere Aufgaben rechtmäßig erfüllen können, ist Ihr Mitwirken nach § 60 SGB I erforderlich. Ihre Daten sind im vorliegenden Fall aufgrund § 28 SGB XI zu erheben. Fehlt Ihre Mitwirkung, kann dies zu Nachteilen bei den Leistungsansprüchen führen. Liegt ein Beihilfeanspruch vor und sind Rentenversicherungspflichtige Pflegepersonen vorhanden, werden diese an die Beihilfestelle zur Aufnahme der Beitragszahlung gemeldet.