

BKK_DürkoppAdler
Pflegekasse
Stieghorster Str. 66
33605 Bielefeld

Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung

Erstantrag Antrag auf Erhöhung des Pflegegrades

Name, Vorname des Pflegebedürftigen	Geburtsdatum	Versichertennummer	
Anschrift		Telefon*	
<input type="checkbox"/> Sachleistung	<input type="checkbox"/> Geldleistung	<input type="checkbox"/> Kombinationsleistung ¹	<input type="checkbox"/> vollstationäre Pflege
<input type="checkbox"/> Pflege in vollstationären Einrichtungen der Behindertenhilfe			
¹ Wenn Sie die Kombinationsleistung wählen, erhalten Sie die Geldleistung und die Sachleistung jeweils teilweise.			
Zahlungsempfänger:,			
IBAN:			
BIC:		Geldinstitut:	

Die Pflege wird durchgeführt von:	
Name des Pflegedienstes / des Pflegeheimes	Heimaufnahme am
Anschrift des Pflegedienstes / des Pflegeheimes	
Name der Pflegeperson (bei Geldleistung)	
Anschrift der Pflegeperson	Telefon*
Werden von dieser Person weitere pflegebedürftige Personen gepflegt?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Wurde von dieser Person Pflegezeit beim Arbeitgeber beantragt?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Wurde von dieser Person eine Familienpflegezeit beim Arbeitgeber beantragt?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Eine Beeinträchtigung der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten besteht in den folgenden Bereichen:	
<input type="checkbox"/> Mobilität	
<input type="checkbox"/> Kognitive und kommunikative Fähigkeiten	
<input type="checkbox"/> Verhaltensweisen und psychische Problemlagen	
<input type="checkbox"/> Selbstversorgung (vormals Grundpflege)	
<input type="checkbox"/> Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen	
<input type="checkbox"/> Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte	

Leben in Ihrer Wohnung weitere Personen, die Pflegeleistungen beziehen?	
<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, wie viele:
Ich erhalte bereits Pflegeleistungen: <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, von:	
<input type="checkbox"/> der Unfallversicherung <input type="checkbox"/> dem Sozialamt <input type="checkbox"/> dem Versorgungsamt <input type="checkbox"/> der Beihilfestelle	
<input type="checkbox"/> andere Stelle: _____ Name und Anschrift / Aktenzeichen	
Ich befinde mich aktuell im Krankenhaus oder in einer stationären Rehabilitationseinrichtung:	
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Ich befinde mich in einer ambulanten palliativen Versorgung oder im Hospiz: <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	
Der behandelnde Arzt ist:	
Name des Hausarztes (Facharztes)	
Anschrift des Arztes	
Ich wünsche die Zusendung von Verzeichnissen bzw. Preisvergleichslisten: <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja:	
<input type="checkbox"/> Preisvergleichslisten der Pflegeheime aus der Region: _____	
<input type="checkbox"/> Verzeichnis der ambulanten Pflegedienste aus der Region: _____	
Ich bitte um Zusendung des Pflegegutachtens: <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	
Ich bitte um Zusendung einer Pflegeübersicht gem. §108 SGB XI (Jedes Kalenderhalbjahr):	
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Erklärung zum Antrag auf Pflegeleistungen und zur Entbindung von der Schweigepflicht	
Ich entbinde meine Ärzte, die mich betreuenden Pflegekräfte und die stationäre Pflegeeinrichtung von Ihrer Schweigepflicht, soweit Unterlagen für Auskünfte zur Entscheidung über meinen Antrag auf Pflegeleistungen von der Pflegekasse und dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) benötigt werden.	
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
<ul style="list-style-type: none"> • Ich verpflichte mich, jede Änderung der Verhältnisse, die einen Einfluss auf die Leistungen der sozialen Pflegeversicherung haben, 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 Pflegeleistungen werden im Voraus gezahlt. Hierdurch kann es zu Überzahlungen kommen. Ich verpflichte mich daher, überzahlte Beträge unverzüglich an die Pflegekasse zurückzuzahlen. 	
<input type="checkbox"/> Ja, ich stimme zu	<input type="checkbox"/> Nein, ich stimme nicht zu
Bei diesem Antrag hat mitgewirkt *	
Datum, Unterschrift des Versicherten	Name, Vorname, Anschrift, Tel.-Nr., Stellung zum Pflegebedürftigen (z. B. Bevollmächtigter)

Datenschutzhinweis: Die Daten werden zur Erfüllung unserer Aufgaben nach § 94 Abs. 1 SGB XI zum Zwecke der Leistungsgewährung nach §§ 28, 28a SGB XI erhoben und verarbeitet. Ihr Mitwirken ist nach § 60 SGB I erforderlich. Fehlende Mitwirkung kann zu Nachteilen z.B. bei den Leistungsansprüchen führen. Empfänger Ihrer Daten können im Rahmen gesetzlicher Pflichten und Mitteilungsbefugnisse Dritte oder von uns beauftragte Dienstleister sein. Die datenschutzrechtlichen Hinweise und Informationen zur Verarbeitung Ihrer Daten finden Sie auf unserer Webseite unter www.bkk-da.de oder fordern Sie diese Informationen gerne direkt bei uns unter datenschutz@bkk-da.de oder per Post BKK_DürkoppAdler, Datenschutzbeauftragter, Stieghorster Str. 66, 33605 Bielefeld an.

Die mit „*“ gekennzeichneten Angaben sind freiwillig, ermöglichen uns aber eine schnelle und unkomplizierte Kontaktaufnahme mit Ihnen bei Rückfragen und zu allen Belangen der Pflege- und Krankenversicherung bei der BKK_DürkoppAdler. Der Nutzung dieser Angaben durch die BKK_DürkoppAdler können Sie jederzeit widersprechen.

Anlage zum Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung: Pflegebegutachtung durch den MD

Um die Begutachtung durch den Medizinischen Dienst (MD) im Rahmen eines Besuches bei Ihnen reibungslos organisieren zu können, bitten wir Sie um die nachfolgenden Angaben.

Name des Versicherten, Vorname des Versicherten KV-Nr.

Straße und Hausnummer, Postleitzahl und Wohnort, ggf. Stadtteil

Telefon (Festnetz) *

Mobiltelefon *

Frühestmöglicher Begutachtungstermin: _____

Zeitraum, in dem eine Begutachtung aus **zwingenden** Gründen **nicht** möglich ist
(z. B. wegen eines Krankenhausaufenthaltes, einer Rehabilitation, einer Kurzzeitpflege, etc.):

von: _____ bis: _____

von: _____ bis: _____

An folgenden Werktagen ist eine Begutachtung aus **zwingenden** Gründen **nicht** möglich
(z. B. wegen einer Dialyse, einer Chemotherapie, etc.):

Montag Dienstag Mittwoch Donnerstag Freitag Samstag

Folgende Person soll über den Begutachtungstermin informiert werden:

Angehöriger Betreuer (bitte Urkunde, Vollmacht etc. beifügen)

Name, Vorname

Straße und Hausnummer, Postleitzahl und Wohnort, ggf. Stadtteil

Telefon (Festnetz) *

Mobiltelefon *

Ist für die Begutachtung ein **Dolmetscher** erforderlich? Ja, Sprache: _____
(Bitte ggf. über die **Pflegekasse** veranlassen, der MDK kann keinen Dolmetscher stellen!)

Gibt es weitere **Besonderheiten**, über die Sie den MDK noch informieren möchten:

Datenschutzhinweis: Die Daten werden zur Erfüllung unserer Aufgaben nach § 94 Abs. 1 SGB XI zum Zwecke der Leistungsgewährung nach §§ 28, 28a SGB XI erhoben und verarbeitet. Ihr Mitwirken ist nach § 60 SGB I erforderlich. Fehlende Mitwirkung kann zu Nachteilen z.B. bei den Leistungsansprüchen führen. Empfänger Ihrer Daten können im Rahmen gesetzlicher Pflichten und Mitteilungsbefugnisse Dritte oder von uns beauftragte Dienstleister sein. Die datenschutzrechtlichen Hinweise und Informationen zur Verarbeitung Ihrer Daten finden Sie auf unserer Webseite unter www.bkk-da.de oder fordern Sie diese Informationen gerne direkt bei uns unter datschutz@bkk-da.de oder per Post BKK_DürkoppAdler, Datenschutzbeauftragter, Stieghorster Str. 66, 33605 Bielefeld an.

Die mit „*“ gekennzeichneten Angaben sind freiwillig, ermöglichen uns aber eine schnelle und unkomplizierte Kontaktaufnahme mit Ihnen bei Rückfragen und zu allen Belangen der Pflege- und Krankenversicherung bei der BKK_DürkoppAdler. Der Nutzung dieser Angaben durch die BKK_DürkoppAdler können Sie jederzeit widersprechen.