

BKK Textilgruppe Hof Pflegekasse



Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung

- Erstantrag
- Höherstufung
- Änderung der Pflegeleistung ab _____

Eingangsstempel

Antragsdatum: _____

_____	_____
Name, Vorname der Antragstellerin/des Antragstellers	Geburtsdatum
_____	_____
Straße/Haus-Nr.	_____
_____	_____
PLZ, Ort	Telefonnummer
_____	_____
Versicherungsnummer	

Ich beantrage hiermit folgende Leistungen:

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Pflegesachleistung
(Eine Pflegekraft eines
Pflegedienstes) | <input type="checkbox"/> Pflegegeld
(für eine selbstbeschaffte
Pflegeperson) | <input type="checkbox"/> Kombinationsleistung
(Pflegesachleistung und
Pflegegeld u.ggf. teilstationär) |
| <input type="checkbox"/> Tages- oder Nachtpflege
(teilstationäre Pflegeeinrichtung) | <input type="checkbox"/> vollstationäre Pflege
(häusliche Pflege nicht mehr möglich) | |
| <input type="checkbox"/> vollstationäre Pflege in einer Behinderteneinrichtung | | |

1. Pflegeperson, Name Anschrift

_____	_____
Name, Vorname	Geburtsdatum
_____	_____
Straße/Haus-Nummer.	Telefonnummer
_____	_____
Plz, Ort	

Name, Vorname der Antragstellerin/des Antragstellers	Versicherungsnummer

2. Pflegeperson, Name Anschrift

Name, Vorname	Geburtsdatum
Straße/Haus-Nr.	Telefonnummer
PLZ, Ort	

Die Pflege wird durchgeführt von einem Pflegedienst/ Pflegeheim/ Behinderteneinrichtung

- nein
 ja, Bitte angeben

Name und Anschrift des Pflegedienstes, des Pflegeheimes bzw. Behinderteneinrichtung

Name der Einrichtung/Pflegedienst	
Straße, Hausnummer	
PLZ, Ort	Telefon
Seit / geplant ab	

Ursachen der Pflegebedürftigkeit:

- | | | |
|--|-------------------------------|-----------------------------|
| Arbeitsunfall/Berufserkrankung | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| Versorgungsleiden/Kriegsschaden/Wehrdienstschaden | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| Sonstiger Schaden (z.B.Unfall,Behandlungsfehler, Geburtsschaden) | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |

Ich erhalte bereits/ habe beantragt Pflegeleistungen

- | | | | |
|--|-------------------------------|-----------------------------|---|
| Sozialamt | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> beantragt, bitte angeben |
| Ausländischer Leistungsträger | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> beantragt, bitte angeben |
| Unfallversicherungsträger/Versorgungsamt | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> beantragt, bitte angeben |

Name, Anschrift und Aktenzeichen des Sozialamtes, des ausländischen Trägers, des Unfallversicherungsträgers bzw. des Versorgungsamtes

Name	
Straße, Hausnummer	
PLZ, Ort	Telefon
Aktenzeichen	

--	--

Name, Vorname der Antragstellerin/des Antragstellers

Versicherungsnummer

Ich habe Anspruch auf Beihilfe nach beamtenrechtlichen Vorschriften / Heilfürsorge, daich im öffentlichen Dienst beschäftigt bin/war nein ja

ich eine Hinterbliebenenversorgung aus einem öffentlich-rechtlichen

Dienstverhältnis meines Ehegatten / eines Elternteils erhalte nein jamein Ehegatte / ein Elternteil im öffentlichen Dienst beschäftigt ist/ war nein ja

Name, Anschrift und Aktenzeichen der Beihilfestelle

Name	
Straße, Hausnummer	
PLZ, Ort	Telefon
Aktenzeichen	

Ich bitte, das beantragte Pflegegeld zu zahlen: auf mein **eigenes** Konto auf ein **anderes** Konto

Konto-Nr:	Bankleitzahl
Name des Geldinstitutes	

Name und Anschrift des Kontoinhabers, falls abweichend von der / vom Antragsteller/-in

Name	
Straße, Hausnummer	
PLZ, Ort	Telefon
Stellung zum Antragsteller/-in	

Angaben zum Hausarzt bzw. behandelten Arzt:

Name und Anschrift des Hausarztes bzw. behandelnden Arztes

Name	
Straße, Hausnummer	
PLZ, Ort	Telefon

Name, Vorname der Antragstellerin/des Antragstellers	Versicherungsnummer

Einwilligungserklärung zur Information des Arztes:

Ich bin damit einverstanden, dass die Pflegekasse bei Bedarf das Pflegegutachten/ Ergebnis der Begutachtung an meinen oben genannten Arzt übermittelt.

ja nein

Die Erteilung Ihres Einverständnisses erfolgt freiwillig und kann jederzeit schriftlich widerrufen werden. Fehlt Ihr Einverständnis, führt dies nicht zu Nachteilen bei der Leistungsgewährung.

Angaben über eine amtlich bestellte Betreuung / einen Bevollmächtigten

Die Betreuung wurde beantragt ja nein
 Ich habe einen gesetzlichen Betreuer / einen Bevollmächtigten ja nein

(Kopie des Betreuungsausweises / Vollmacht beifügen!)

Name und Anschrift des Betreuers/ Bevollmächtigten

Name	
Straße, Hausnummer	
PLZ, Ort	Telefon

Einwilligungserklärung (§18 Abs. 4 SGB XI)

Ich bin damit einverstanden, dass der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK)

- meinen behandelnden Arzt in die Begutachtung einbezieht,
- ärztliche Auskünfte und Unterlagen über die für die Begutachtung der Pflegebedürftigkeit, wichtige Vorerkrankungen sowie Art, Umfang und Dauer der Hilfebedürftigkeit einholt,
- die mich pflegenden Angehörigen oder sonstige Personen oder Dienste, die an meiner Pflege beteiligt sind, befragt.

Insoweit entbinde ich die genannten Personen bzw. Stellen von Ihrer Schweigepflicht

Ort und Datum	Unterschrift der/des Versicherten/Betreuers/Bevollmächtigten/gesetzlichen Vertreters

Ich bitte den MDK, den Termin nicht mit mir, sondern mit meinem Betreuer/Bevollmächtigten abzustimmen.

Die Pflege wird zur Zeit nicht in meinem, sondern in einem anderen Haushalt durchgeführt

ja nein

Name und Anschrift

Name	
Straße, Hausnummer	
PLZ, Ort	Telefon

--	--

Name, Vorname der Antragstellerin/des Antragstellers

Versicherungsnummer

Erklärung

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. Änderungen der Pflegeperson(en), Umzug in ein Pflegeheim, Hinzunahme eines Pflegedienstes, Änderung der Bankverbindung, Änderung des Gesundheitszustandes (Besserung/Verschlechterung) und Beantragung oder Bezug von Beihilfe- oder Versorgungsleistungen.

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

Ort und Datum

Unterschrift der/des Versicherten/Betreuers/Bevollmächtigten/gesetzlichen Vertreters

Dieser Antrag wurde von o.a. Betreuer/Bevollmächtigten ausgefüllt und unterschrieben ja nein