

BKK Scheufelen
Pflegekasse
Schöllkopfstraße 65
73230 Kirchheim unter Teck

Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung

Datenschutzhinweis: Diese Daten werden nach § 60 SGB I
i.V.m. § 94 SGB XI erhoben.

Personalien

| | | | |
|---------------------------------|---------|--------------|--------------------|
| Name | Vorname | Geburtsdatum | Versichertennummer |
| Anschrift des Pflegebedürftigen | | | Telefon |

Beantragt wird

Geldleistung (Pflege durch eine private Pflegeperson)

Sachleistung (Pflege durch einen zugelassenen Pflegedienst)

Kombinationsleistung (Pflege durch eine private Pflegeperson und einen zugelassenen Pflegedienst)*

Der Anteil, der von mir in Anspruch zu nehmenden Pflegesachleistung bzw. Pflegegeld kann nicht im Voraus bestimmt werden. Ich nehme deswegen von einer Festlegung der Anteile Abstand. Sofern der Pflegesachleistungs-Höchstanspruch von mir nicht ausgeschöpft wird, soll anteilig Pflegegeld an mich ausgezahlt werden.

Es wird ein von vornherein festgelegter Anteil an Pflegesachleistungen und Pflegegeld in Anspruch genommen, dieser beträgt Pflegegeld zu _____ und Pflegesachleistung zu _____ %.

Bankverbindung

| | | |
|------------------------|-----|--------------|
| IBAN | BIC | Geldinstitut |
| Name des Kontoinhabers | | |

Die Pflege wird durchgeführt von

| | |
|---|----------|
| Name des Hilfsdienstes / der Sozialstation | Tel.-Nr. |
| Anschrift des Hilfsdienstes / der Sozialstation | |
| Name der Pflegeperson | |
| Anschrift der Pflegeperson | Tel.-Nr. |

Hilfebedarf besteht im Bereich der

| | | |
|------------------|--|---|
| Mobilität | kognitive und kommunikative Fähigkeiten | Verhaltensweisen und psychische Problemlagen |
| Selbstversorgung | Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte | Bewältigung von und selbstständiger Umgang mit krankheits- und therapiebedingten Anforderungen oder Belastungen |

Ich erhalte bereits Pflegegeld von

der Unfallversicherung

dem Sozialamt

sonstige Stelle

Ist die Pflegebedürftigkeit Folge eines Unfalls, einer Berufskrankheit oder eines Behandlungsfehlers?

ja nein

Haben Sie, gegebenenfalls über Ihre Ehegattin bzw. Ihren Ehegatten, Anspruch auf Beihilfe oder Heilfürsorge?

ja nein

Der behandelnde Arzt ist

Name des Hausarztes / Facharztes

Tel. –Nr.

Anschrift des Arztes

Haben Sie einen gesetzlichen Betreuer

Nein Ja

Name

Vorname

Anschrift

Tel. –Nr.

Ich bin damit einverstanden, dass mein o.g. behandelnder Arzt vorhandene ärztliche Berichte, Gutachten und Befund-dokumentationen dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung zur Verfügung stellt, soweit sie für die Begutachtung der Pflegebedürftigkeit erforderlich sind.

Datum

Unterschrift des Versicherten

* An die Wahl der Kombinationsleistung sind Sie für die Dauer von sechs Monaten gebunden, auf Antrag kann eine Änderung erfolgen. .

Datenschutzhinweis: Die Angaben zu Kontaktdaten (E-Mail und Telefonnummer) sind freiwillig und werden ausschließlich für Rückfragen im Rahmen der gesetzlichen Aufgaben verwendet. Die Löschung ist jederzeit möglich. Die Erhebung und Verarbeitung der Daten erfolgt auf Grundlage gesetzlicher Bestimmungen und ist für die Durchführung der Aufgaben der BKK Scheufelen erforderlich (§ 284 SGB V). Weitere Informationen über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten durch die BKK Scheufelen und Ihre Rechte nach der EU-Datenschutz-Grundverordnung finden Sie auf unserer Website (<https://www.bkk-scheufelen.de/ueber-uns/datenschutz/informationspflicht/>) oder in Papierform – rufen Sie uns an, wir senden Ihnen die Informationen gerne auch zu.

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

Name des Versicherten

| |
|--|
| |
|--|

Vorname des Versicherten

| |
|--|
| |
|--|

Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)

| |
|--|
| |
|--|

Straße und Hausnummer

| |
|--|
| |
|--|

Postleitzahl

| |
|--|
| |
|--|

Wohnort und 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.):

| |
|--|
| |
|--|

bis

| |
|--|
| |
|--|

| |
|--|
| |
|--|

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

Pflegeperson

Name

| |
|--|
| |
|--|

Vorname

| |
|--|
| |
|--|

Straße und Hausnummer

| |
|--|
| |
|--|

Postleitzahl

| |
|--|
| |
|--|

Wohnort

| |
|--|
| |
|--|

Telefon (Festnetz)

| |
|--|
| |
|--|

Mobiltelefon

| |
|--|
| |
|--|

Ist für die Begutachtung ein **Dolmetscher** erforderlich?

(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 Angaben zu Kontaktdaten (E-Mail und Telefonnummer) sind freiwillig und werden ausschließlich für Rückfragen im Rahmen der gesetzlichen Aufgaben verwendet. Die Löschung ist jederzeit möglich. Die Erhebung und Verarbeitung der Daten erfolgt auf Grundlage gesetzlicher Bestimmungen und ist für die Durchführung der Aufgaben der BKK Scheufelen erforderlich (§ 284 SGB V). Weitere Informationen über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten durch die BKK Scheufelen und Ihre Rechte nach der EU-Datenschutz-Grundverordnung finden Sie auf unserer Website (<https://www.bkk-scheufelen.de/ueber-uns/datenschutz/informationspflicht/>) oder in Papierform – rufen Sie uns an, wir senden Ihnen die Informationen gerne auch zu.