

Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung

Angefordert am

- Erstantrag
- Antrag auf Einstufung in einen höheren Pflegegrad
- Antrag auf Änderungen der Pflegeleistung ab

Angaben der/des Pflegebedürftigen:

Name, Vorname,	Geburtsdatum
Anschrift	Versichertennummer
Telefon	

- Ich habe einen **Betreuer** (bitte Kopie des Betreuer-Ausweises beifügen)
- Ich habe einen **Bevollmächtigten** (bitte Vollmacht ausfüllen/beifügen)

Name, Vorname
Anschrift
Telefon

Ich beantrage:

- Pflegegeld** bei privater Pflege
- Kombination von Pflege** durch die Sozialstation **und/oder** Pflege durch eine Tagespflegeeinrichtung und Pflegegeld für private Pflege.
Sofern der Pflegesachleistungs-Höchstanspruch von mir nicht ausgeschöpft wird, soll anteilig Pflegegeld an mich ausgezahlt werden.
- Stationäre Pflege** (Pflegeheim)
- Behindertenhilfe** (Antrag des Landkreises bitte beifügen)
- Sachleistung** (ausschließliche Betreuung durch Fachkräfte/keine Hilfe durch Privatpersonen)

Die Pflege wird durchgeführt von:

Name des Hilfsdienstes / der Sozialstation/ des Pflegeheimes	Anschrift
Name der ersten privaten Pflegeperson	Anschrift
Name der zweiten privaten Pflegeperson	Anschrift

Hat eine Pflegeperson gegenüber ihrem Arbeitgeber angekündigt, die Pflegezeit/
Familienpflegezeit in Anspruch zu nehmen?

- Ja Nein

Ich erhalte bereits Leistungen der Palliativversorgung bzw. habe Leistungen
der Palliativversorgung beantragt:

- Leistungen in einem Hospiz Ja Nein
Leistungen im Rahmen der ambulanten Palliativversorgung (SAPV) Ja Nein

Ursachen der Pflegebedürftigkeit:

- Alter/Erkrankung Ja Nein
- Arbeitsunfall/Berufskrankheit Ja Nein
- Versorgungsleiden/Kriegsschaden/Wehrdienstschaden Ja Nein
- Sonstiger Unfall (z. B Autounfall) Ja Nein
- Behandlungsfehler/Geburtshilfefehler Ja Nein
- Ich erhalte bereits Pflegeleistungen von anderen Leistungsträgern Ja* Nein
- Ich habe Pflegeleistungen bei anderen Leistungsträgern beantragt Ja Nein

Name, Anschrift, Aktenzeichen von der zuständigen Stelle
*Bitte eine Bescheinigung über die Höhe der Leistungen oder eine Kopie des Bescheides beifügen

Ich habe Anspruch auf Beihilfe/ Heilfürsorge nach beamtenrechtlichen Vorschriften bzw. Grundsätzen:

- Ja, von _____ Nein

Das beantragte Pflegegeld soll auf mein/folgendes Konto überwiesen werden:

Kontoinhaber															
IBAN															
DE															

Hausarzt:

Name, Vorname, Anschrift

Ich willige ein, dass der Medizinische Dienst (MD) 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. Insoweit entbinde ich die genannten Personen bzw. Stellen von ihrer Schweigepflicht.

Ich willige ein, dass der MD die mich pflegenden Angehörigen oder sonstige Personen oder Dienste, die an meiner Pflege beteiligt sind, befragt.

Mein jeweiliges Einverständnis kann ich ohne für mich nachteilige Folgen verweigern bzw. jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Mir ist bekannt, dass dies nicht die Rechtmäßigkeit der bisher auf der Grundlage dieser Einwilligung erfolgten Verarbeitung berührt: Meine Widerrufserklärung kann ich richten an BKK EWE Pflegekasse, Staulinie 16-17, 26122 Oldenburg.

Allgemeine Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten finden Sie unter www.bkk-ewe.de

Datum _____ **Unterschrift des/der Pflegebedürftigen/Bevollmächtigten/Betreuers** _____

Datenschutzhinweis: Die Daten werden zur Erfüllung unserer Aufgaben nach § 94 Abs. 1 SGB XI zum Zwecke der leistungsrechtlichen Prüfung Ihres vorliegenden Antrages auf Leistungen aus der Pflegeversicherung nach § 28 SGB XI erhoben und verarbeitet. Ihr Mitwirken ist nach § 60 SGB I erforderlich. Fehlende Mitwirkung kann zu Nachteilen bei den Leistungsansprüchen führen. Allgemeine Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten finden Sie unter www.bkk-ewe.de

Vollmacht

Ich,

Name, Vorname (Vollmachtgeber/in)	Krankenversicherternummer/Geburtsdatum
Straße, Hausnummer	PLZ, Ort

erteile hiermit **Vollmacht an**

Name, Vorname (Bevollmächtigte/r)	Geburtsdatum
Straße, Hausnummer	PLZ, Ort
Telefonnummer/E-Mail (freiwillige Angabe)	

§ 13 Sozialgesetzbuch X ermöglicht es, dass sich jede(r) Beteiligte gegenüber der Kranken- oder Pflegekasse durch eine(n) Bevollmächtigte(n) vertreten lassen kann. Bevollmächtigt werden kann jede geschäftsfähige natürliche Person. Diese Vertrauensperson wird hiermit bevollmächtigt, mich zur Wahrnehmung meiner Interessen für alle Angelegenheiten die im Zusammenhang mit der BKK EWE Kranken- und Pflegekasse stehen zu vertreten.

Mir ist bekannt, dass diese Vollmacht freiwillig ist und ich sie jederzeit gegenüber dem Bevollmächtigten widerrufen kann. Einen Widerruf werde ich der BKK EWE unverzüglich schriftlich mitteilen.

Ort, Datum

Unterschrift der / des Vollmachtgeber(in)

Als Bevollmächtigter bin ich mit der Speicherung der Daten für eine vereinfachte Kommunikation über Angelegenheiten des Vollmachtgebers einverstanden. Meine Einwilligung zur Datenspeicherung kann ich jederzeit widerrufen. Insofern ich eine Telefonnummer oder E-Mailadresse angegeben habe, bin ich mit einer Speicherung der Daten durch die BKK EWE einverstanden.

Ort, Datum

Unterschrift der /des Bevollmächtigten

Einwilligungserklärung zum Datenschutz

Name, Vorname

Der Medizinische Dienst (MD) wird nach Begutachtung ein Gutachten über Ihren Gesundheitszustand erstellen und bei Vorliegen von Pflegebedürftigkeit eine Einstufung zwischen dem Pflegegrad I bis V vornehmen. Die Gutachten des MD enthalten häufig Hinweise und/oder Empfehlungen für weitergehende Versorgungsmaßnahmen (z. Bsp. Hilfsmittel oder Rehabilitationsbedarf). Diese empfohlenen Maßnahmen sind oft Leistungen der Krankenversicherung. Da es sich um Empfehlungen handelt, sind Sie nicht verpflichtet diese Leistungen in Anspruch zu nehmen, sie könnten jedoch dazu beitragen, Ihren Gesundheitszustand zu verbessern oder Ihr Beschwerdebild zu lindern.

Aus Gründen des Datenschutzes darf die BKK EWE Pflegekasse jedoch Daten nicht ohne Ihre Einwilligung an die BKK EWE als Krankenversicherung weitergeben. Hierfür benötigen wir Ihre Einwilligung. Wir bitten Sie, damit wir Sie nach Erstellung des Gutachtens bestmöglich versorgen können, die folgende Einwilligungserklärung zu unterzeichnen und uns diese, zusammen mit Ihrem Antrag auf Leistungen aus der Pflegeversicherung, zurück zu senden.

Erklärung

Ich bin mit der Übermittlung des vollständigen Pflegegutachtens, erstellt durch den MD, an meine Krankenkasse (BKK EWE) einverstanden.

Mir ist bekannt, dass mein Pflegegutachten Informationen über weitergehende, ausschließlich empfohlene, Leistungen enthalten kann, insbesondere

- Empfehlungen zur Durchführung von Rehabilitationsmaßnahmen
- Empfehlungen zur Heil- und Hilfsmittelversorgung
- Empfehlungen zur Versorgung mit häuslicher Krankenpflege, Primärprävention oder Konsultation bestimmter Ärzte

Die BKK EWE darf die Pflegegutachten nutzen, verarbeiten und speichern. Mit einer Information über mögliche Maßnahmen durch die BKK bin ich einverstanden. Mir ist bekannt, dass ich meine Einwilligung jederzeit, formlos gegenüber der BKK EWE widerrufen kann.

Datum, Unterschrift (Versicherter/Bevollmächtigter/Betreuer)