

Bitte Telefonnummer angeben

Antrag auf Höherstufung Umwandlung

Name, Vorname des Versicherten	Geburtsdatum	Versichertennummer
Anschrift	Telefon-Nr.	

Ich beantrage ab (bitte Beginn eintragen):

Umwandlung in

Kombinationsleistung (neben Privatpersonen pflegt jetzt auch ein Pflegedienst)
(Pflegedienstleistungen oder / und Tagespflege / anteiliges Pflegegeld)

„Wegen der Unbestimmbarkeit der Höhe der Pflegesachleistungen kann ich zurzeit nicht das Mengenverhältnis von Geld- und Sachleistungen bestimmen. Diese Aussage wird mit der Unterschrift auf dem Antrag bestätigt.“

Pflegegeldzahlung (es pflegt ausschließlich eine private Pflegeperson)

Pflegesachleistungen (es pflegt ausschließlich der Pflegedienst)

Leistungen bei vollstationärer Pflege (Aufnahme im Senioren- oder Pflegeheim)

Höherstufung in

Pflegegrad II

Pflegegrad III

Pflegegrad IV

Pflegegrad V

Die Pflege wird durchgeführt von

Name des Hilfsdienstes / der Sozialstation/ des Pflegeheimes	Anschrift
Name(n) der privaten Pflegeperson(en) 1.	Anschrift
2.	
3.	

Meine Bankverbindung

Bank / Sparkasse	IBAN
------------------	------

Ich bin damit einverstanden, dass der Pflegekasse bzw. dem Medizinischen Dienst vorhandene ärztliche Berichte, Gutachten usw. zur Einsichtnahme zur Verfügung gestellt werden.

Datum	Unterschrift des Versicherten oder gesetzlichen Vertreters
-------	--

Hinweis: Diese Daten werden nach § 7 Absatz 2 Sozialgesetzbuch XI. Buch erhoben.

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 oder Bevollmächtigter)