Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung

ZFBKK

Bitte füllen Sie den Antrag in **DRUCKBUCHSTABEN** aus und unterschreiben Sie ihn auf der letzten Seite – vielen Dank.

○ Erstantrag
○ Höherstufungsantrag

Angaben zur pflegebedürftigen Person

Nachname _____ Vorname _____

Geburtsdatum _____ Krankenversicherungsnr. _____

Straße / Nr. _____ PLZ / Ort _____

Telefonummer* _____

Betreuer*in / Bevollmächtigte*r

Ich habe einen Betreuer*in / Bevollmächtigte*n

○ Nein
○ Ja

(bitte Namen und Anschrift angeben und eine vollständige Kopie des Betreuerausweises / der Vollmacht beifügen)

Nachname _____ Vorname _____

Straße / Nr. _____ PLZ / Ort _____

Telefonummer* _____

Beantragt wird folgende Leistung

○ **Pflegesachleistung** (z. B. durch eine Pflegefachkraft eines Pflegedienstes)
○ **Pflegegeld** (für selbstbeschaffte Pflegepersonen / Pflegehilfe, z. B. Familienangehörige)
○ **Kombinationsleistung** (Pflegesachleistung und Pflegegeld)
○ **Vollstationäre Pflege**
○ **Vollstationäre Pflege in einer Einrichtung der Hilfe für behinderte Menschen**

Angaben Pflegeeinrichtung /-dienst

Name (Pflegedienst / Pflegeheim / Behinderteneinrichtung) _____

Anschrift _____

Aufnahme der Leistung am / geplant am (Datum) _____

Telefonummer* _____

Krankenversicherungsnr: _____

ZFBKK

Angaben Pflegeperson/-en

Bitte bei Antrag auf Pflegegeld / Kombinationsleistungen / Pflegesachleistungen ausfüllen:

Nachname, Vorname (**Pflegeperson 1**) Geburtsdatum**

Anschrift Telefonnummer*

Berufstätig über 30 Stunden / Woche** ○ ja ○ nein Vollrente wegen Alters** ○ ja ○ nein

Pflegt noch weitere Personen** ○ ja ○ nein

Pflegt wie viele Stunden in der Woche?: _____

Nachname, Vorname (**Pflegeperson 2**) Geburtsdatum**

Anschrift Telefonnummer*

Berufstätig über 30 Stunden / Woche** ○ ja ○ nein Vollrente wegen Alters** ○ ja ○ nein

Pflegt noch weitere Personen** ○ ja ○ nein

Pflegt wie viele Stunden in der Woche?: _____

Nachname, Vorname (**Pflegeperson3**) Geburtsdatum**

Anschrift Telefonnummer*

Berufstätig über 30 Stunden / Woche** ○ ja ○ nein Vollrente wegen Alters** ○ ja ○ nein

Pflegt noch weitere Personen** ○ ja ○ nein

Pflegt wie viele Stunden in der Woche?: _____

* Diese gekennzeichneten Felder sind freiwillige Angaben. Sie erleichtern uns eine optimale Betreuung und Beratung. Ihre Daten werden selbstverständlich geschützt und vertraulich behandelt.

** Diese Angaben sind erforderlich zur Feststellung der Rentenversicherungspflicht der Pflegeperson/ -en

Bankverbindung

IBAN

BIC, Geldinstitut

Kontoinhaber (Name, Vorname)

○ **keine Änderung der Bankverbindung**

Krankenversicherungsnr: _____

ZFBKK

Ich erhalte bereits Pflegeleistungen von

○ der Unfallversicherung ○ dem Sozialamt

○ sonstige Stelle: _____

Besteht nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Krankheit und Pflege Anspruch auf Beihilfe oder Heilfürsorge?

○ nein ○ Ja, bei _____

Bitte Bescheinigung der Beihilfestelle beifügen!

Die / der behandelnde Ärztin / Arzt ist

Name _____

Straße / Nr. _____ PLZ / Ort _____

Telefonnummer _____

Ich bin damit einverstanden, dass meine o.g. behandelnde Ärztin bzw. mein behandelnder Arzt vorhandene ärztliche Berichte, Gutachten und Befunddokumentationen dem Medizinischen Dienst (MD) zur Verfügung stellt, soweit sie für die Begutachtung der Pflegebedürftigkeit erforderlich sind. Sofern Sie nicht damit einverstanden sind, streichen Sie bitte diesen Abschnitt durch.

Datenschutzhinweis (§ 67a Abs. 3 SGB X): Die Daten werden zur Erfüllung unserer Aufgaben nach § 94 Abs. 1 Nr. 3 und 4 SGB XI verarbeitet. Wir benötigen die Angaben für die Prüfung des Anspruchs auf Leistungen der häuslichen Pflege nach §§ 36, 37 und 38 SGB XI. Ihr Mitwirken ist nach § 60 SGB I erforderlich. Fehlt Ihre Mitwirkung kann über Ihren Anspruch auf Leistungen der häuslichen Pflege nicht entschieden werden (vgl. § 33 Abs. 1 SGB XI i. V. m. §§ 60 Abs. 1 und 66 Abs. 1 SGB I). Geht dieser Antrag nicht innerhalb eines Monats bei uns ein, gilt das Datum des Antragseingangs als Tag der Antragstellung. Liegt ein Beihilfeanspruch vor und sind rentenversicherungspflichtige Pflegepersonen vorhanden, werden diese zur Aufnahme der Beitragszahlung an die Beihilfestelle gemeldet (§ 44 Abs. 5 SGB XI).

_____

Datum Unterschrift der / des Versicherten / Bevollmächtigten – bitte Nachweis beifügen

Anlage zum Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung

ZFBKK

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.

Angaben zur pflegebedürftigen Person

Nachname _____ Vorname _____

Geburtsdatum _____ Krankenversicherungsnr. _____

Straße / Nr. _____ PLZ / Ort _____

Telefonummer (Festnetz) _____ Telefonummer (Mobiltelefon) _____

Frühestmöglicher Begutachtungstermin:

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

_____ _____

_____ _____

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:

○ Angehörige*r ○ Betreuer*in ○ Pflegeperson

Nachname _____ Vorname _____

Straße / Nr. _____ PLZ / Ort _____

Telefonummer (Festnetz) _____ Telefonummer (Mobiltelefon) _____

Ist für die Begutachtung ein **Dolmetscher** erforderlich? ○ Ja, Sprache _____

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

_____

_____

_____