

## ANTRAG auf LEISTUNGEN DER PFLEGEVERSICHERUNG

### 1. PERSÖNLICHE ANGABEN DES/R PFLEGEBEDÜRFTIGEN:

Name, Vorname des/r Pflegebedürftigen:	Geburtsdatum:	Krankenversicherungsnummer:
Straße, Hausnummer:	Postleitzahl:	Wohnort:
Telefon:	E-Mail:	
Der Versicherungsschutz bei BKK Scheufelen besteht seit zwei Jahren:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein, zuvor war ich versichert bei der -----
<b>Bankverbindung:</b>		
IBAN	BIC	Kreditinstitut

### 2. ICH BEANTRAGE FOLGENDE PFLEGELEISTUNG:

<input type="checkbox"/> Geldleistung	- Pflege durch eine private Pflegeperson
<input type="checkbox"/> Sachleistung	- Pflege durch einen zugelassenen Pflegedienst
<input type="checkbox"/> Kombinationsleistung	- Pflege durch eine private Pflegeperson und einen zugelassenen Pflegedienst

### 3. DURCHGEFÜHRT VON:

 Pflegedienst/Sozialstation

 private Pflegeperson

Name des Pflegedienstes / der Sozialstation	Tel-Nr.
Anschrift des Pflegedienstes / der Sozialstation	
Name der Pflegeperson	
Anschrift der Pflegeperson	Tel-Nr.

### 4. ICH ERHALTE BEREITS PFLEGE GELD VON:

 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

### 5. HILFEBEDARF BESTEHT IN DEN FOLGENDEN BEREICHEN:

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Selbstversorgung   | <input type="checkbox"/> Mobilität                                    | <input type="checkbox"/> Gestaltung Alltagsleben und sozialer Kontakte |
| <input type="checkbox"/> Bewältigung/selbstständiger Umgang von/mit krankheits- und therapiebedingten Anforderungen od. Belastungen |   |  |
| <input type="checkbox"/> Kognitive und kommunikative Fähigkeiten  | <input type="checkbox"/> Verhaltensweisen und psychische Problemlagen |  |

Seite 2 des  
Antrags für:

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

## 6. ANGABEN ZUM/R BEHANDELNDEN HAUS- / FACHARZT/IN:

Name, Vorname des Haus- /Facharztes

Straße, Hausnummer:

Postleitzahl:

Ort:

Telefon (Festnetz):

E-Mail:

Der Weiterleitung an meinen behandelnden Arzt, einer möglichen Heilmittlempfehlung oder einer Empfehlung für therapeutische Maßnahmen durch den Medizinischen Dienst stimme ich zu.

Ja

Nein

## 7. ANGABEN ZUM/R GESETZLICHEN BETREUER/IN:

Gesetzliche/r Betreuer/in

Ja (Bitte Kopie der Betreuungsurkunde beifügen)

Nein

Name, Vorname des/r gesetzlichen Betreuers/in:

Straße, Hausnummer:

Postleitzahl:

Ort:

Telefon (Festnetz):

E-Mail:



Ich bin damit einverstanden, dass mein o.g. behandelnder Arzt vorhandene ärztliche Berichte, Gutachten und Befunddokumentationen dem Medizinischen Dienst zur Verfügung stellt, soweit sie für die Begutachtung der Pflegebedürftigkeit erforderlich sind. Sofern Sie die Einwilligung verweigern, kann dies zu Nachteilen bei der Leistungserbringung führen (§ 66 SGB I). Diese Daten werden nach § 60 SGB I i.V.m. § 94 SGB XI erhoben.

Datum

Unterschrift der Pflegebedürftigen

bzw. des Bevollmächtigten

**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.

Bitte Rückseite beachten! →

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.

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:

Angehörige/r

Betreuer/in

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 MD kann **keinen** Dolmetscher stellen!)

Gibt es weitere **Besonderheiten**, über die Sie den MD 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.