Zurück an:

BKK GOETZE & Partner
Pflegeversicherung
Postfach 12 46

D-51388 Burscheid

GOETZE & Partner

# Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung

| Name, Vorname des Pflegebedürftigen | Geburtsdatum | Versichertennummer |
|---|---|---|
| | | |

| Anschrift | Telefon |
|---|---|
| | |

☐ Sachleistung ☐ Geldleistung ☐ Kombinationsleistung** ☐ vollstationäre Pflege

☐ Pflege in vollstationären Einrichtungen der Behindertenpflege

☐ Sachleistung – häusliche Pflegehilfe als Härtefall*

| Bankleitzahl | Geldinstitut |
|---|---|
| | |

| Kontonummer | Kontoinhaber |
|---|---|
| | |

* in besonders gelagerten Einzelfällen können im Rahmen der häuslichen Pflegehilfe Pflegebedürftigen der Pflegestufe III weitere Pflegeeinsätze (über 2.800 DM hinaus) bis zu einem Gesamtwert von 3.750 DM gewährt werden (Härtefall Richtlinien).

** Wenn Sie Kombinationsleistung wählen, erhalten Sie die Geldleistung und die Sachleistung jeweils teilweise.

Die Pflege wird durchgeführt von:

| Name des Pflegedienstes / des Pflegeheimes | Heimaufnahme am |
|---|---|
| | |

| Anschrift des Pflegedienstes / des Pflegeheimes |
|---|
| |

| Name der Pflegeperson (bei Geldleistung) |
|---|
| |

| Anschrift der Pflegeperson | Tel.-Nr. |
|---|---|
| | |

Hilfebedarf besteht im Bereich der

☐ Ernährung ☐ Bewegung ☐ Körperpflege ☐ Sonstiges:

Ich erhalte bereits Pflegegeld von

☐ der Unfallversicherung ☐ dem Sozialamt ☐ dem Versorgungsamt ☐ der Beihilfestelle

| Name und Anschrift / Aktenzeichen |
|---|
| |

Der behandelnde Arzt ist:

| Name des Hausarztes (Facharztes) |
|---|
| |

| Anschrift des Arztes |
|---|
| |

**Einwilligungserklärung**

Ich bin damit einverstanden, daß die BKK von dem oben genannten mich behandelnden Arzt, Krankenhäusern und den mich betreuenden Pflegepersonen Unterlagen, Auskünfte sowie in deren Besitz befindliche Fremdbefunde anfordern kann, soweit diese für die Begutachtung und die Entscheidung über meinen Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung erforderlich sind. Bei der Anforderung der genannten Unterlagen ist ausdrücklich darauf hinzuweisen, daß diese unmittelbar an den medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) zu übersenden sind. Insoweit entbinde ich die o.g. Personen bzw. Stellen von ihrer Schweigepflicht. Unterlagen, die ich der Pflegekasse zur Verfügung gestellt habe, dürfen an den zuständigen MDK weitergegeben werden.

Bei diesem Antrag hat mitgewirkt:

| Datum, Unterschrift des Versicherten | Name, Vorname, Anschrift, Tel.-Nr., Stellung zum Pflegebedürftigen (z.B. Bevollmächtigter) |
|---|---|
| | |

**Datenschutzhinweis (§67a Abs. 3 SGB X):** Damit wir unsere Aufgabe rechtzeitig erfüllen können, ist Ihr Mitwirken nach §§ 7, 28 SGB XI, § 60 SGB I erforderlich. Ihre Daten sind in vorliegendem Falle aufgrund § 94 SGB XI zu erheben. Fehlt Ihre Mitwirkung, kann dies zu Nachteilen (z.B. bei den Leistungsansprüchen) führen.

**WIN060101** GERMO winEFW / KKF- Verlag (9801)