

Pflegekasse der BKK Werra-Meissner
Sudetenlandstr. 2 a
37269 Eschwege

Eingangsstempel der Pflegekasse

Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung, KV-Nr.

Name

Vorname

Straße mit Hausnummer

PLZ und Wohnort

Geburtsdatum

Telefonnummer mit Vorwahl

1. Beantragte Leistung:

- Pflegesachleistung (durch eine Pflegekraft eines Pflegedienstes)
- Pflegegeld (für eine private Pflegeperson)
- Kombinationsleistung (aus Pflegesachleistung und Geldleistung)
- teilstationäre Pflege (Tages- oder Nachtpflege)
- vollstationäre Pflege (die häusliche Pflege ist nicht sichergestellt oder nicht möglich)
- vollstationäre Pflege in Einrichtungen der Behindertenhilfe

2. Die Pflege wird durchgeführt von

- Sozialstation oder ambulanter Pflegedienst**

Name und Anschrift der Sozialstation oder des Pflegedienstes

- Pflegeperson**

Pflegeperson 1:

Pflegeperson 2:

Name, Vorname, Geburtsdatum

Name, Vorname, Geburtsdatum

Anschrift

Anschrift

Telefonnummer/ E-Mail

Telefonnummer /E-Mail

Pflegeheim ab: _____

Name und Anschrift des Pflegeheims

3. Ist Ihre Pflegebedürftigkeit auf ein bestimmtes Ereignis zurückzuführen ?

- Arbeitsunfall oder Berufskrankheit sonstiger Unfall
 Versorgungsleiden/Kriegsschaden
 Ich erhalte deswegen bereits Leistungen ja nein

Falls ja, von:

Name, Anschrift und Aktenzeichen des Leistungsträgers

4. Beihilfeansprüche

Ich habe Ansprüche auf Beihilfe ja nein

Falls ja:

- Eigener Beihilfeanspruch,
z. B. wegen Bezuges einer Beamten-, Witwenpension
 Beihilfeanspruch als Ehepartnerin/Ehepartner
(„berücksichtigungsfähige Angehörige“)

Name und Anschrift der Beihilfestelle oder des ehemaligen Arbeitgebers

5. Weitere Leistungsansprüche

Ich erhalte bereits Pflegegeld, z. B. von der Unfallversicherung, dem Sozialamt, dem Versorgungsamt.

nein ja (*bitte fügen Sie eine Kopie des Anerkennungsbescheid bei*)

Ich habe einen Schwerbehindertenausweis des Versorgungsamtes

nein ja (*bitte fügen Sie eine Kopie des Ausweises / Bescheides bei*)

6. Zahlung des Pflegegeldes

Das Pflegegeld soll auf folgendes Konto gezahlt werden

Name, Vorname des Kontoinhabers

Geburtsdatum

Straße, PLZ und Wohnort

IBAN

BIC

Name der Bank

7. Besteht eine Vollmacht oder eine gesetzliche Betreuung?

ja nein

Falls ja: Bitte tragen Sie hier den Namen und die Anschrift des Betreuers/des Bevollmächtigten ein und schicken Sie uns eine Kopie des Betreuungsausweises oder der Vollmacht – vielen Dank.

Vor- und Nachname

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Ort

Telefon (mit Vorwahl)*

8. Der behandelnde Arzt ist

Name, Vorname

Telefonnummer / Fax / E-Mail:

Anschrift

9. Hinweise zum Datenschutz

Diese werden nach § 60 SGB I i.v.M. § 94 SGB XI erhoben.

Ich bin damit einverstanden,

- dass meine behandelnden Ärzte vorhandene ärztliche Berichte, Gutachten und Befunddokumentationen dem Medizinischen Dienst zur Verfügung stellen, soweit sie für die Begutachtung der Pflegebedürftigkeit erforderlich sind.
- Deshalb entbinde ich die Ärzte, bei denen ich in Behandlung bin oder früher in Behandlung war, von Ihrer Schweigepflicht.
- Ich stimme zu, diese Unterlagen und Auskünfte, soweit sie für die Entscheidung über die Leistungsgewährung erforderlich sind, bei meinem Antrag auf Pflegeleistungen zu verwerten.

Falls sie nicht damit einverstanden sind, streichen sie diesen Abschnitt bitte durch.

Ich nehme zur Kenntnis,

- dass die Daten, die im Zusammenhang mit meiner Begutachtung wegen der Erbringung von Sozialleistungen bekannt geworden sind, für meine eigenen gesetzliche soziale Aufgaben genutzt werden dürfen
- dass die Daten an andere Sozialleistungsträger (z.B. Krankenkasse, Agentur für Arbeit, Versorgungsamt, Berufsgenossenschaft) für deren gesetzliche Aufgaben übermittelt werden dürfen (§ 69 Abs. 1 Nr. 1 SGB X i.V.m. § 76 Abs. 2 SGB X)
- dass ich dem jedoch widersprechen kann,
- dass ich bei einem Widerspruch aber die Leistung ganz oder teilweise versagt oder entzogen werden kann, nachdem ich auf diese Folge schriftlich hingewiesen worden bin und eine mir gesetzte Frist verstrichen ist (§ 66 SGB I).

Ort, Datum

Unterschrift