

BKK EUREGIO
Kundenservice 1.2
Postfach 1320
52517 Heinsberg

Bitte Personalien ergänzen									
Name, Vorname									
Versichertennummer									
falls Versichertennummer nicht vorliegt, bitte Angabe von:									
Geburtsdatum									
Straße Hausnummer									
PLZ Ort									

Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung

Erstantrag Höherstufungsantrag Änderungsantrag ab _____

Geldleistungen

Die Pflege wird durch folgende Angehörige/Privatpersonen in geeigneter Weise und Umfang sichergestellt:

1. Pflegeperson	2. Pflegeperson
Name, Vorname	Name, Vorname
Adresse	Adresse
Geburtsdatum Telefonnummer	Geburtsdatum Telefonnummer
Ist die Pflegeperson mit Ihnen verwandt?	Ist die Pflegeperson mit Ihnen verwandt?
<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, wie? _____	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, wie? _____
Wurde Pflegezeit beim Arbeitgeber beantragt?	Wurde Pflegezeit beim Arbeitgeber beantragt?
<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, Zeitraum _____	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, Zeitraum _____

Sachleistungen (z. B. zugelassene Pflegedienste)

Name und Anschrift des Pflegedienstes/Vertragspartners

Eine Kombination aus Sach- und Geldleistung

Tragen Sie bitte den Namen und die Anschrift des Pflegedienstes unter Sachleistungen ein bzw. die Daten der Pflegeperson unter Geldleistungen

Tages- oder Nachtpflege (teilstationäre Pflege)

Name und Ort der Einrichtung

vollstationäre Pflege

Name und Ort der Einrichtung

Meine Pflegebedürftigkeit ist Folge eines privaten Unfalls, eines Arbeitsunfalls, einer Berufskrankheit, eines ärztlichen Behandlungsfehlers, eines Kriegs- oder Wehrdienstes **nein** **ja**

Ich erhalte bereits Pflegeleistungen von anderer Stelle **nein** **ja**
 von der Unfallversicherung vom Versorgungsamt vom Sozialamt von sonstiger Stelle

Fügen Sie bitte den entsprechenden Bescheid bei!

Haben Sie nach beamtenrechtlichen Vorschriften (z.B. als Beamter) Anspruch auf Beihilfe oder Heilfürsorge? **nein** **ja**

*Mein behandelnder Arzt (Hausarzt) ist _____
Name und Anschrift des Arztes

*Folgende Person soll über den Begutachtungstermin informiert werden:
 Angehöriger Betreuer Bevollmächtigter Pflegeperson

Name, Vorname, Straße, PLZ und Ort Telefonnummer

*Frühestmöglicher Begutachtungstermin: _____

*Zeitraum, in dem eine Begutachtung nicht möglich ist (wegen Krankenhaus- oder Rehabilitationsaufenthalt, Kurzzeitpflege) vom: _____ bis: _____

*An folgenden Werktagen ist aus zwingenden Gründen (z.B. Chemotherapie oder Dialyse) eine Begutachtung nicht möglich:
 Montag Dienstag Mittwoch Donnerstag Freitag Samstag

Für die Überweisung des Pflegegeldes bitten wir um Angabe der **Bankverbindung:**

<small>IBAN (22-stellig)</small>	<small>BIC</small>

Kontoinhaber (falls abweichend vom Antragsteller) : _____

Erklärungen (unzutreffende Punkte bitte streichen)

1. Ich bin damit einverstanden, dass mein o.g. behandelnder Arzt, die mich betreuenden Pflegepersonen bzw. die Einrichtung vorhandene ärztliche Berichte, Gutachten und Befunddokumentationen dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) zur Verfügung stellt, soweit sie für die Begutachtung der Pflegebedürftigkeit erforderlich sind.
2. Ich verpflichte mich, jede Änderung der Verhältnisse, die einen Einfluss auf die Leistungen der sozialen Pflegeversicherung haben, unverzüglich der Pflegekasse mitzuteilen. Dies sind z.B. Umzug in ein Pflegeheim, Hinzunahme eines Pflegedienstes Änderung der Bankverbindung, Änderung des Gesundheitszustandes (Besserung/Verschlechterung) und Beantragung oder Bezug von Beihilfe- oder Versorgungsleistungen.
3. Sofern der Träger der Sozialhilfe zur Prüfung der Leistungspflicht nach § 61 Abs. 1 SGB XII das Gutachten des MDK benötigt, kann die Pflegekasse dieses zur Verfügung stellen. Ich wurde darüber informiert, dass ich der Übermittlung widersprechen kann (§ 76 Abs. 2 Nr. 1 SGB X).

Datum

Unterschrift der/des Pflegebedürftigen
oder der/des Bevollmächtigten/Betreuers
(bitte Nachweis beifügen)

Sind Sie telefonisch erreichbar?
(Die Angabe der Telefonnummer ist freiwillig)

Datenschutzhinweis: Ihre persönlichen Daten werden zur Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben nach dem Sozialgesetzbuch (SGB) erhoben und verarbeitet. Ihre Angaben unterliegen dem Datenschutz und werden vertraulich behandelt. Rechtsgrundlagen: § 284 SGB V, § 94 SGB XI. Weitere Informationen über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten durch uns und Ihre Rechte nach der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) erhalten Sie bei der BKK EUREGIO oder unter www.bkk-euregio.de im Impressum.