

BKK EUREGIO Pflegekasse
 Kundenservice 1.2.1
 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: _____

 Ich befinde mich derzeit in stationärer Krankenhaus-
 behandlung:

☐ Ja ☐ Nein

Tag der Krankenhausentlassung: _____

Ich beantrage folgende Pflegeleistungen:

- | | |
|--|--|
| ☐ Pflegegeld (<i>Geldleistungen</i>) | ☐ Teilstationäre Pflege (<i>Tages- und Nachtpflege</i>) |
| ☐ Sachleistungen (<i>ambulanter Pflegedienst</i>) | ☐ Vollstationäre Pflege |
| ☐ Kombinationsleistungen (<i>Eine Kombination aus Sach- und Geldleistungen</i>) | |

Wer führt die Pflege durch?
Pflegegeld (Geldleistungen)

1. Pflegeperson				2. Pflegeperson			
Name, Vorname				Name, Vorname			
Straße		Hausnummer		Straße		Hausnummer	
Postleitzahl	Ort			Postleitzahl	Ort		
Geburtsdatum	Telefonnummer*			Geburtsdatum	Telefonnummer*		
☐ Meine Pflegeperson beabsichtigt die Freistellung nach dem Pflegezeitgesetz				☐ Meine Pflegeperson beabsichtigt die Freistellung nach dem Pflegezeitgesetz			

Bankverbindung

IBAN 	BIC (nur bei Auslandsüberweisungen)
---	--

Geldinstitut

Kontoinhaber*in (falls abweichend)

Pflegesachleistung (ambulanter Pflegedienst)

Die Pflegeeinsätze werden durchgeführt von:

Name des Pflegedienstes

Straße

Hausnummer

Postleitzahl

Ort

Teilstationäre Pflege (Tages- und Nachtpflege)

Folgende Einrichtung habe ich mit der Inanspruchnahme betraut:

Name der Einrichtung

Straße

Hausnummer

Postleitzahl

Ort

Vollstationäre Pflege

Vollstationäre Pflege ist erforderlich, weil
(bitte ankreuzen)

- ☐ Fehlende Pflegeperson
- ☐ Fehlende Pflegebereitschaft der Pflegeperson
- ☐ Drohende Überforderung der Pflegeperson
- ☐ Wohnung ist zur Pflege ungeeignet
- ☐ Drohende Verwahrlosung der pflegebedürftigen Person
- ☐ Eigen- bzw. Fremdgefährdungstendenzen

Ich habe mich für folgende Pflegeeinrichtung entschieden:

Name der Einrichtung

Straße

Hausnummer

Postleitzahl

Ort

Wurde eine gesetzlich betreuende Person bestellt oder jemand bevollmächtigt?

- ☐ Nein
- ☐ Ja (Bitte Namen und Anschrift der betreuenden Person angeben; Kopie der Betreuungsurkunde / Vollmacht beifügen)

Name

Vorname

Straße

Hausnummer

Postleitzahl und Ort

Telefonnummer

Erhalten Sie bereits Pflegeleistungen von anderer Stelle? (bitte Bescheid beifügen)

☐ Sozialamt ☐ Versorgungsamt ☐ Unfallversicherung ☐ anderer Stelle

Haben Sie Anspruch auf Beihilfe nach beamtenrechtlichen Vorschriften / Heilfürsorge?

☐ Nein
☐ Ja (Bitte Daten der beihilfeberechtigten Person angeben)

Name Vorname

Ist Ihre Pflegebedürftigkeit Folge eines der folgenden Ereignisse?

☐ Nein
☐ Ja (bitte Nachweis beifügen)

☐ privater Unfall ☐ Behandlungsfehler
☐ Arbeitsunfall ☐ Wehrdienst
☐ Berufskrankheit

Wer ist Ihr behandelnder (Haus-)Arzt*?

Name der Praxis

Straße

Hausnummer

Postleitzahl und Ort

Telefonnummer

Terminvergabe durch den Medizinischen Dienst

Frühestmöglicher Begutachtungstermin: _____

Gibt es Zeiten an denen eine Begutachtung aus zwingenden Gründen nicht möglich ist?

(z. B. Chemotherapie, Dialysetermin, Krankenhaus- und Rehabilitationsaufenthalt, Kurzzeitpflege etc.)

☐ Nein ☐ Ja, und zwar _____

Gibt es eine Person, die über den Begutachtungstermin informiert werden soll?

(z. B. Ihre Pflegeperson, Angehöriger oder bevollmächtigte Person)

☐ Nein ☐ Ja, und zwar _____

Einverständniserklärung / Unterschrift (unzutreffende Punkte bitte nicht ankreuzen)

- 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 (MD) zur Verfügung stellt, soweit sie für die Begutachtung der Pflegebedürftigkeit erforderlich sind.
- 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.
- Sofern der Träger der Sozialhilfe zur Prüfung der Leistungspflicht nach § 61 Abs. 1 SGB XII das Gutachten des MD 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).

Ort, Datum

Unterschrift der Versicherten Person
 (der bevollmächtigten oder betreuenden Person)

Telefonnummer*

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.

Die mit einem * versehenen Angaben sind freiwillig.