

Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung
- Ambulante Pflege -

Name, Vorname

Geburtsdatum

Krankenversichertennummer

Telefon

Straße

Wohnort

Ich beantrage Leistungen für meine Pflege durch
- Mehrfachnennung möglich -

Angehörige oder eine andere Privatperson

Name meiner Pflegeperson

Telefon

Anschrift meiner Pflegeperson

einen Pflegedienst

Name meines Pflegedienstes

Anschrift meines Pflegedienstes

Pflegegeld überweisen Sie bitte auf folgendes Konto

Kreditinstitut

IBAN

BIC

Kontoinhaber

Krankenversicherungsnummer

Mein Hilfebedarf besteht im Bereich der

- Körperpflege Bewegung Ernährung Hauswirtschaft

Ich erhalte bereits Pflegegeld von

- der Unfallversicherung dem Sozialamt
 dem Versorgungsamt sonstigen Stellen

Ich habe Anspruch auf Beihilfe

- Ja Nein

Ich habe Anspruch auf Blindengeld

- Ja Nein

Ich möchte Preisvergleichslisten von Pflegediensten an meinem Ort haben

- Ja Nein

Name meines behandelnden Arztes

Anschrift meines Arztes

Ich bin damit einverstanden, dass mein o. g. behandelnder Arzt vorhandene ärztliche Berichte, Gutachten und Befunddokumentationen dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) zur Verfügung stellt, soweit sie für die Begutachtung der Pflegebedürftigkeit erforderlich sind.

Falls Sie damit nicht einverstanden sind, streichen Sie diesen Abschnitt bitte durch. Sofern Sie die Einwilligung verweigern, kann dies zu Nachteilen bei der Leistungserbringung führen (§ 66 Sozialgesetzbuch I).

Datum, Unterschrift des Versicherten

Ihre persönlichen Daten: Diese Daten werden nach § 60 Sozialgesetzbuch I i. V. mit § 94 SGB XI erhoben. Ihre Daten werden für den MDK und von der BKK Pflegekasse verwendet. Die Übermittlung Ihrer Sozialdaten an Sozialhilfeträger (vgl. §§ 12, 28 SGB I) ist zulässig, sofern Sie dem nicht widersprechen und diese Stellen die Angaben für die Erfüllung ihrer gesetzlichen Aufgaben benötigen (§ 69 SGB X i. V. mit § 76 SGB X).