

Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung

Erstantrag

Persönliche Daten des Pflegebedürftigen

Name, Vorname	Kundennummer	Geburtsdatum
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Straße, Hausnummer	Telefonnummer	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
PLZ, Ort	E-Mail	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	

Ich beantrage folgende Leistungsart

<input type="checkbox"/> Pflegegeld Pflege durch private Pflegeperson	<input type="checkbox"/> Pflegesachleistung Pflege durch zugelassenen Pflegedienst	<input type="checkbox"/> Kombinationsleistung Pflege durch private Pflegeperson und zugelassenen Pflegedienst
<input type="checkbox"/> vollstationäre Pflege In zugelassener Pflegeeinrichtung	<input type="checkbox"/> Vollstationäre Pflege in einer Behinderteneinrichtung In zugelassener Behinderteneinrichtung	
<input type="checkbox"/> Tages- und Nachtpflege		

Bankverbindung

Name der Bank	IBAN
<input type="text"/>	<input type="text"/>
BIC	Kontoinhaber
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Die Pflege wird durchgeführt von einer privaten Pflegeperson

Name der Pflegeperson	Geburtsdatum
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Straße, Hausnummer	
<input type="text"/>	
PLZ, Ort	Telefon
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Pflegt diese Person weitere Pflegebedürftige? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	



Die Pflege wird durchgeführt von einem Pflegedienst/ einem Pflegeheim/ einer Behinderteneinrichtung

Name des Leistungserbringers	
<input type="text"/>	
Straße, Hausnummer	Institutionskennzeichen (falls bekannt)
<input type="text"/>	<input type="text"/>
PLZ, Ort	Telefon
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Pflege wird durchgeführt/ist geplant ab:	<input type="text"/>

Daten zum behandelnden Hausarzt/Facharzt

Name der Praxis	
<input type="text"/>	
Straße, Hausnummer	
<input type="text"/>	
PLZ, Ort	Telefon
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Der Weiterleitung einer möglichen Heilmittlempfehlung an meinen behandelnden Arzt stimme ich zu.	
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

Ich habe Anspruch auf Beihilfe nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder der Heilfürsorge

<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Aktenzeichen
		<input type="text"/>
Name der Beihilfestelle/ Ansprechpartner und Telefonnummer (falls bekannt)		
<input type="text"/>		

Geben Sie bitte die Ursache an, weshalb es zur Pflegebedürftigkeit kam (Punkt 1-3) und bestehen Ansprüche gegenüber anderen Trägern (Punkt 4-7)?

1.) Arbeitsunfall / Berufskrankheit	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
2.) Versorgungsleiden / Kriegsschaden / Wehrdienstschaden	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
3.) Folgen eines Unfalls, Behandlungsfehlers, Geburtsschadens	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
4.) Unfallversicherung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
5.) Sozialamt	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
6.) Versorgungsamt	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
7.) Ausländischer Versicherungsträger	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Name und Adresse		
<input type="text"/>		
Ansprechpartner und Telefonnummer		Aktenzeichen
<input type="text"/>		<input type="text"/>



Ich bin einverstanden, dass

1. mein o.g. behandelnder Arzt, vorhandene ärztliche Berichte, Gutachten und Befunde dem medizinischen Dienst (MD) zur Verfügung stellt, soweit sie für die Begutachtung der Pflegebedürftigkeit erforderlich sind.
2. die Pflegekasse dem MD zum Zwecke der Terminabsprache die vorliegenden Rufnummern oder E-Mail-Adressen, auch die von Betreuern oder Bevollmächtigten, mitteilt.
3. die ärztlichen und pflegfachlichen Gutachter des MD das vollständige Gutachten an meine Kranken-/Pflegekasse übermitteln und entbinde sie insoweit von ihrer gesetzlichen Verschwiegenheitspflicht.
4. Falls Sie nicht einverstanden sind, streichen Sie den vorherigen Abschnitt bitte durch. Sofern Sie die Einwilligung verweigern, kann dies zu Nachteilen bei der Leistungserbringung führen (§ 66 SGB I).

Eine Begutachtung durch den Medizinischen Dienst ist vor dem
oder in der Zeit vom bis nicht möglich.
Grund für die Verzögerung der Begutachtung (z.B. persönliche Termine, Krankenhaus):

Ort, Datum

Unterschrift

Unterschrift des Bevollmächtigten
(bitte Vollmacht in Kopie beifügen)

Hinweis zum Datenschutz und zur Mitwirkung:

Gemäß § 67a SGB X in Verbindung mit §§ 7, 7a, 28 SGB XI, § 60 SGB I ist Ihre Mitwirkung zur Bearbeitung Ihres Antrages erforderlich. Ihre Daten sind im vorliegenden Fall aufgrund § 94 SGB XI zu erheben. Fehlt Ihre Mitwirkung kann dies zu Nachteilen bei Ihren Leistungsansprüchen führen.

Zurück an
Pflegekasse der BKK Pfalz
Lichtenbergerstr. 16
67059 Ludwigshafen
Fax: 0621/685593209
E-Mail: pflege@bkkpfalz.de

