

# ANTRAG AUF STATIONÄRE LEISTUNGEN DER PFLEGEVERSICHERUNG

Erstantrag auf stationäre Leistungen der Pflegeversicherung

Höherstufungsantrag – derzeitiger Pflegegrad:

## Persönliche Daten

Name, Vorname		Geburtsdatum	
Straße, Hausnummer		Krankenversicherungs-Nr.	
PLZ	Ort	Telefon-Nr. (freiwillige Angabe)	

## Daten Betreuer

Ich habe: ...einen <b>Betreuer</b> <input type="checkbox"/> ja (bitte Kopie des Betreuerausweises beifügen) <input type="checkbox"/> nein		... einen <b>Bevollmächtigten</b> <input type="checkbox"/> ja (bitte Kopie der Vollmacht beifügen) <input type="checkbox"/> nein	
Name, Vorname		PLZ	Ort
Straße, Hausnummer		Telefon-Nr. (freiwillige Angabe)	

## Beantragung Leistungen bitte nur bei Erstantrag ergänzen

Ich beantrage dauerhafte Pflege in einem <b>Pflegeheim</b> <input type="checkbox"/>	ab Datum <input type="text"/>	Ich beantrage dauerhafte Pflege in einer <b>Einrichtung für behinderte Menschen</b> <input type="checkbox"/>	ab Datum <input type="text"/>
--	----------------------------------	---	----------------------------------

## Daten Pflegeheim / Einrichtung

Name	
PLZ	Ort
Straße, Hausnummer	Telefon-Nr. (freiwillige Angabe)

Bitte entsprechend ergänzen.

### Besteht nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Krankheit und Pflege Anspruch auf Beihilfe oder Heilfürsorge?

<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>	ja (bitte Bescheinigung der Beihilfestelle beifügen)	Name Beihilfestelle
--------------------------	------	--------------------------	--	---------------------

### Die Pflege wird vom Pflegedienst durchgeführt

Name des Pflegedienstes	PLZ	Ort
Straße, Hausnummer	Telefon-Nr. (freiwillige Angabe)	

### Die Pflege wird in einer Einrichtung für behinderte Menschen durchgeführt

Name der Einrichtung	PLZ	Ort
Straße, Hausnummer	Telefon-Nr. (freiwillige Angabe)	

### Bestehen Ansprüche gegenüber: Versorgungsamt / Landesamt für Versorgung / Berufsgenossenschaft (BG)?

<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>	ja (bitte Kopie des Bescheides beifügen)	Name des Amtes / der BG
--------------------------	------	--------------------------	--	-------------------------

### Behandelnder Arzt / Facharzt

Name	Telefon (falls bekannt, freiwillige Angabe)
------	---

Ich bin damit einverstanden, dass

- mein o. g. behandelnder Arzt vorhandene ärztliche Berichte, Gutachten und Befunde dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) zur Verfügung stellt, soweit sie für die Begutachtung der Pflegebedürftigkeit erforderlich sind.

- die ärztlichen und pflegfachlichen Gutachter des MDK das vollständige Gutachten an meine Krankenkasse übermitteln und entbinde sie insoweit von ihrer gesetzlichen Verschwiegenheitspflicht.

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

Datum	Unterschrift des Versicherten / Bevollmächtigten
	X

Bitte senden Sie den ausgefüllten und unterschriebenen Antrag an: BKK Freudenberg, Pflegekasse, Hühnerweg 2-4, 69465 Weinheim