

Name, Vorname:
Straße, PLZ, Ort:
Versicherungsnummer:

Antwort an:

pronova BKK, 67058 Ludwigshafen

Antrag auf höhere Pflegeeinstufung

1 Wer stellt aktuell Ihre Pflege sicher?

- Private Pflegeperson/en.** Bei Pflegegeld oder Kombinationsleistung tragen Sie hier bitte Ihre Pflegeperson/en ein.

Erste Pflegeperson

Vorname, Name:
Straße, Hausnummer:
PLZ, Ort:
Telefon:
Krankenkasse (*):

Zweite Pflegeperson

Vorname, Name:
Straße, Hausnummer:
PLZ, Ort:
Telefon:
Krankenkasse (*):

Sollten Sie weitere Pflegepersonen haben, geben Sie diese bitte auf der Rückseite an. (*) Die Angaben zur Krankenkasse der Pflegepersonen sind freiwillig.

Ambulanter Pflegedienst seit _____

Name des Pflegedienstes:
Straße, Hausnummer:
PLZ, Ort:

Einrichtung der Tages- oder Nachtpflege

Name des Pflegedienstes:
Straße, Hausnummer:
PLZ, Ort:

2 Wer ist Ihr behandelnder Hausarzt?

Name Ihres Hausarztes:
Straße, Hausnummer:
PLZ, Ort:
Telefon:

4 Wann wäre eine Begutachtung bei Ihnen nicht möglich?

Eine persönliche Begutachtung ist aus zwingendem Grund wie Kurzzeitpflege, Krankenhausbehandlung oder stationäre Rehabilitationsmaßnahme nicht vor dem

. . möglich.

Gibt es weitere Besonderheiten, welche durch den MDK bei der Terminierung des Begutachtungstermins nach Möglichkeit berücksichtigt werden sollten?

5 Wen sollte der MDK zusätzlich über den Begutachtungstermin informieren?

Betreuer/Bevollmächtigter Pflegeperson Pflegedienst

Name:
Anschrift:
Telefon:

5 Auf welches Konto soll das Pflegegeld überwiesen werden?

auf mein eigenes Konto

Kontodaten

Name der Bank:														
IBAN (International Bank Account Number)														
D	E													

auf das Konto meiner Vertrauensperson

Kontoinhaber

Vorname, Name:													
Straße, Hausnummer:													
PLZ, Ort:													

Name der Bank:														
IBAN (International Bank Account Number)														
D	E													

Erklärung der oben angegebenen Vertrauensperson der oder des Pflegebedürftigen, auf deren Konto das Pflegegeld überwiesen werden sollen

Ich verpflichte mich, zu viel gezahlte Pflegeleistungen an die pronova BKK Pflegekasse zurückzuzahlen. Außerdem verpflichte ich mich, der Pflegekasse jede Änderung meiner Bankverbindung und meines Wohnsitzes unverzüglich mitzuteilen.

--	--

Ort und Datum

Unterschrift der/s Pflegebedürftigen oder Betreuers/Bevollmächtigten

6 Wie sind Sie zu erreichen?

Festnetz:
Mobiltelefon:
E-Mail:

7 Erklärung zum Antrag

Ich bin damit einverstanden, dass meine im Antrag genannten Ärzte vorhandene ärztliche Berichte, Gutachten und Befunddokumentationen dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) zur Verfügung stellen, soweit diese für die Begutachtung meiner Pflegebedürftigkeit erforderlich sind. Außerdem erkläre ich mich damit einverstanden, dass die Pflegepersonen befragt werden, die bei der Begutachtung anwesend sind.

8 Unterschrift/en

--	--

Ort und Datum

Unterschrift der/s Pflegebedürftigen oder Betreuers/Bevollmächtigten

9 Datenschutzhinweis

Damit wir Ihren Antrag bearbeiten können, ist Ihr Mitwirken nach den §§ 7 und 28 Sozialgesetzbuch XI sowie § 60 Sozialgesetzbuch I erforderlich.

Falls Sie nicht damit einverstanden sind, streichen Sie bitte den Abschnitt durch. Wenn Sie die Einwilligung verweigern, kann dies Nachteile bei der Leistungserbringung haben (§ 66 SGB I).