

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

**Antwort an:**

pronova BKK, 67058 Ludwigshafen

## Erstantrag auf vollstationäre Pflegeleistungen

### 1 Welche Pflegeleistung beantragen Sie?

- Vollstationäre Pflege** (Dauerpflege in einer Pflege- oder Senioreneinrichtung)

Name der Einrichtung:
Straße, Hausnummer:
PLZ, Ort:
Aufnahmeantrag:

- Pflege in einer vollstationären Einrichtung der Hilfe für behinderte Menschen**

Pflege in einer Einrichtung, in der die Teilhabe am Arbeitsleben und am Leben in der Gemeinschaft im Vordergrund steht.

- die Pflege findet nur in der Einrichtung statt
- an den Wochenenden oder in den Ferien findet die Pflege zusätzlich im ambulanten Bereich statt

Name der Einrichtung:
Straße, Hausnummer:
PLZ, Ort:
Aufnahmeantrag:

### **Ambulanter Pflegedienst**

Name:
Anschrift:
Aktenzeichen:

### **Erste Pflegeperson**

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

### **Zweite Pflegeperson**

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

**2****Auf welches Konto soll das Pflegegeld überwiesen werden?**

Bitte füllen Sie diesen Punkt nur aus, wenn Sie die Einrichtung der Hilfe für behinderte Menschen für Pflege zu Hause regelmäßig verlassen.

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

### 3 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 (z.B. Dialysetermine)?


### 4 Wen sollte der MDK zusätzlich über den Begutachtungstermin informieren?

Betreuer/Bevollmächtigter       Angehöriger

Name:
Anschrift:
Telefon:

### 5 Ist Ihre Pflegebedürftigkeit auf ein bestimmtes Ereignis zurückzuführen?

nein                                       ja  
 Arbeitsunfall oder Berufskrankheit  
 sonstiger Unfall  
 Versorgungsleiden oder Kriegsschaden

Erhalten Sie deswegen bereits von einem anderen Träger Pflegeleistungen?

nein                                       ja

Name des Leistungsträgers:
Straße, Hausnummer:
PLZ, Ort:
Aktenzeichen:

## 6 Erhalten Sie bereits Pflegegeld vom Sozialamt oder anderen Stellen?

nein

ja (bitte fügen Sie eine Kopie des Anerkennungsbescheides bei)

Name des Leistungsträgers:
Straße, Hausnummer
PLZ, Ort:
Telefon:

## 7 Sind Sie beihilfeberechtigt oder erhalten Leistungen der Heilfürsorge?

nein

ja →  Eigener Anspruch (z. B. bei Bezug einer Beamten- oder Witwenpension)

Beihilfeanspruch als Ehepartner/in

Name der Beihilfestelle:
Straße, Hausnummer:
PLZ, Ort:

## 8 Wer ist Ihr behandelnder Hausarzt?

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

## 9 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.

## 10 Wie sind Sie zu erreichen?

Festnetz:
Mobiltelefon:
E-Mail:

## 11 Unterschrift/en

--	--

Ort und Datum

Unterschrift der/s Pflegebedürftigen oder Betreuers/Bevollmächtigten

## 12 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).