

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

Antwort an:

pronova BKK, 67058 Ludwigshafen

Erstantrag auf ambulante Pflegeleistungen

1 Wie beabsichtigen Sie Ihre Pflege sicherzustellen?

- Pflegegeld (Geldleistung)**
Ihre Pflege wird durch mindestens eine private Pflegeperson sichergestellt.
- Sachleistungen**
Ihre häusliche Pflege wird ausschließlich durch einen ambulanten Pflegedienst sichergestellt. Private Pflegepersonen sind nicht an der Pflege beteiligt.
- Kombinationsleistungen**
Die Kombination aus Geld- und Sachleistungen. Ihre häusliche Pflege wird durch mindestens eine private Pflegeperson **sowie** durch einen ambulanten Pflegedienst sichergestellt.
- Teilstationäre Pflege (Tages- oder Nachtpflege)**
Sie werden **zusätzlich** zu den vorgenannten Leistungen tags- oder nachtsüber in einer Einrichtung gepflegt und betreut. Die Leistungen der teilstationären Pflege ergänzen die vorgenannten Leistungen und werden ohne Anrechnung auf diese zur Verfügung gestellt.

2 Wer ist Ihr behandelnder Hausarzt?

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

3 Wer stellt Ihre Pflege sicher?

- Pflegeperson/en (selbst beschaffte Pflege).** Bei allen Pflegeleistungen außer Sachleistungen 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.

- Ambulanter Pflegedienst**

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

- Einrichtung der Tages- oder Nachtpflege**

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

(*) Die Angaben zur Krankenkasse der Pflegepersonen sind freiwillig.

4 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 (bitte fügen Sie eine Kopie des Anerkennungsbescheides bei)

Name des Leistungsträgers:

Straße, Hausnummer:

PLZ, Ort:

Aktenzeichen:

5 Erhalten Sie bereits Pflegegeld vom Sozialamt oder anderen Stellen?

nein

ja (bitte fügen Sie eine Kopie des Anerkennungsbescheides bei)

Name des Trägers:

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort:

6 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:

7 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)?

8 Wen sollte der MDK zusätzlich über den Begutachtungstermin informieren?

Betreuer/Bevollmächtigter Pflegeperson Pflegedienst

Name:
Anschrift:
Telefon:

9 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

10 Wie sind Sie zu erreichen?

Festnetz:
Mobiltelefon:
E-Mail:

11 Erklärung zum Antrag

Ich bin damit einverstanden, dass mein im Antrag genannter Hausarzt vorhandene ärztliche Berichte, Gutachten und Befunddokumentationen dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) zur Verfügung stellt, 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.

12 Unterschrift/en

--	--

Ort und Datum

Unterschrift der/s Pflegebedürftigen oder Betreuers/Bevollmächtigten

13 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 mit der Weitergabe der Unterlagen durch den behandelnden Hausarzt an den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung einverstanden sind, streichen Sie bitte den Abschnitt durch. Wenn Sie diese Einwilligung verweigern, kann dies Nachteile bei der Leistungserbringung haben (§ 66 Sozialgesetzbuch I).