Pronova BKK

**Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung**

| | |
|---|---|
| Name, Vorname: | |
| Anschrift: | |
| Telefon: | |
| Versichertennummer: | |

Bitte um Angabe der Antragsart: Erstantrag ☐ / Höherstufungsantrag ☐

**1.) Ich beantrage**:

☐ **Vollstationäre Pflege** – Ihre Pflege wird in einem stationären Pflegeheim durchgeführt.

☐ **Sachleistung** – Ihre häusliche Pflege wird ausschließlich durch einen ambulanten Pflegedienst sichergestellt. Private Pflegepersonen sind nicht an der Pflege beteiligt.

☐ **Kombinationsleistung** – Die Kombination aus Geld- und Sachleistungen. Ihre häusliche Pflege wird durch mindestens eine private Pflegeperson sowie durch einen ambulanten Pflegedienst sichergestellt.

☐ **Pflegegeld** – Ihre Pflege wird durch mindestens eine private Pflegeperson sichergestellt.

**Auf welches Konto soll das Pflegegeld überwiesen werden?**
(Bitte bei Antrag auf Pflegegeld oder bei Antrag auf Kombinationsleistungen angeben)

☐ Auf mein eigenes Konto

☐ Auf das Konto meiner Vertrauensperson

| | |
|---|---|
| Vorname, Name: | |
| Anschrift: | |

Bankverbindung (IBAN):

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| D | E | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

**2.) Die Pflege wird derzeit durchgeführt von:**

| Name und Anschrift der privaten Pflegeperson (bei Pflegegeld/Kombinationsleistung): |
|---|
| |

| Name und Anschrift des ambulanten Pflegedienstes (bei Sachleistung/ Kombinationsleistung): |
|---|
| |

| Name und Anschrift des Pflegeheims (bei vollstationäre Pflegeleistungen): |
|---|
| |

Versicherungsnummer: ☐

## 3.) Ergänzende Angaben zu Ihrem Pflegeantrag

| Ich erhalte Pflegeleistungen von Dritten oder habe diese beantragt (z. B. vom Sozialamt, Unfallversicherung, Versorgungsamt): | |
|---|---|
| ☐ nein | ☐ja, von (inkl. Anschrift): |

| Ich habe einen Beihilfeanspruch: | |
|---|---|
| ☐ nein | ☐ ja, bei: |

| Name und Anschrift Ihrer behandelnden Hausärztin oder Ihres behandelnden Hausarztes: |
|---|
| |

## 4.) Wann wäre eine Begutachtung bei Ihnen nicht möglich?

Eine persönliche Begutachtung ist aus zwingendem Grund z. B. wegen Kurzzeitpflege oder einer Krankenhausbehandlung nicht vor dem _____ möglich.

## 5.) Erklärung zum Antrag und Datenschutzhinweis

Ich bin damit einverstanden, dass die im Antrag genannte Allgemeinmediziner*in vorhandene ärztliche Berichte, Gutachten und Befunddokumentationen dem Medizinischen Dienst (MD) 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.

Ich bin damit einverstanden, dass die ärztlichen und pflegefachlichen Gutachter des MD das vollständige Gutachten an meine Krankenkasse übermitteln und entbinde sie insoweit von ihrer gesetzlichen Verschwiegenheitspflicht.

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 einverstanden sind, streichen Sie bitte den Abschnitt durch. Wenn Sie diese Einwilligung verweigern, kann dies Nachteile bei der Leistungserbringung haben (§ 66 Sozialgesetzbuch I).

_____

Datum, Unterschrift der pflegebedürftigen Person, Betreuer*in oder Bevollmächtigte*r