

ANTRAG AUF LEISTUNGEN DER PFLEGEVERSICHERUNG



ANGABEN ZUR PERSON

Vorname

Name

Versichertennummer

Geburtstag

Telefon

Adresse

Bitte ausfüllen – Anspruch auf Leistungen besteht, wenn in den letzten zehn Jahren vor der Antragstellung mindestens zwei Jahre eine Versicherung bestand. In den letzten 10 Jahren war ich bei folgenden Pflegekassen versichert:

Name der Versicherung

Adresse

Versichertennummer

von - bis versichert

ICH BEANTRAGE FOLGENDE LEISTUNG/EN

- Sachleistung*
- Geldleistung*
- Kombinationsleistung*
- Vollstationäre Pflege*

*Zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsleistungen (§ 45a SGB XI)

Leistung in ambulant betreuter Wohngruppe (§ 38a SGB XI)

Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen (§ 43a SGB XI)

Ich wünsche eine Pflegeberatung nach § 7a SGB XI

Ja

Nein

DIE PFLEGE WIRD DURCHFÜHRT VON

Name und Anschrift des
Pflegedienstes / Pflegeheim

Leistungsbeginn /
Heimaufnahme am

Name und Anschrift der
Pflegeperson*

Telefon der Pflegeperson*

*Pflegeperson pflegt noch andere Pflegebedürftige

Ja

Nein

Datenschutzhinweis:

Die Angaben zu Kontaktdaten (Email und Telefonnummer) sind freiwillig und werden ausschließlich für Rückfragen im Rahmen der gesetzlichen Aufgaben verwendet. Die Löschung ist jederzeit möglich. Die Erhebung und Verarbeitung der Daten erfolgt auf der Grundlage gesetzlicher Bestimmungen und ist für die Durchführung der Aufgaben der BKK MAHLE erforderlich. Weitere Informationen über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten durch die BKK MAHLE und Ihre Rechte nach der EU-Datenschutz-Grundverordnung finden Sie auf unserer Webseite (<https://www.bkk-mahle.de/datenschutz>) oder in Papierform - rufen Sie uns an, wir senden Ihnen die Informationen gerne zu.

ICH ERHALTE BEREITS PFLEGEGELD VON

Unfallversicherung

Sozialamt

Versorgungsamt

Beihilfestelle

Name und Anschrift

Aktenzeichen

DER BEHANDELNDE ARZT

Name und Anschrift

LEISTUNGEN/ERSTATTUNGEN BITTE AUF FOLGENDES KONTO ÜBERWEISEN:

Name des Geldinstituts

IBAN

BIC

Name des Kontoinhabers

Ich bin damit einverstanden, dass der Pflegekasse und dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung von dem oben genannten, mich behandelnden Arzt, Krankenhäusern und den mich betreuenden Pflegepersonen Auskünfte sowie ärztliche Berichte, Gutachten und Befunddokumentationen zur Verfügung gestellt werden. Ich bin ferner damit einverstanden, dass die Krankenkasse und Pflegekasse personenbezogene Daten, die ihnen von einem Arzt zugänglich gemacht worden sind, im erforderlichen Umfang gemeinsam verarbeiten und nutzen (§§ 93 ff. SGB XI).

HÄUSLICHE SITUATION DES ANTRAGSTELLERS

Alleinlebend

mit Ehe- / Lebenspartner

mit Pflegeperson

WER PFLEGT DEN ANTRAGSTELLER REGELMÄSSIG ZU HAUSE?*

Name, Vorname

Geburtsdatum*

Straße

PLZ, Ort

Berufstätig (mind 30 Std. Wochenarbeitszeit)*

Altersrente*

Name, Vorname

Geburtsdatum*

Straße

PLZ, Ort

Berufstätig (mind 30 Std. Wochenarbeitszeit)*

Altersrente*

Name, Vorname

Geburtsdatum*

Straße

PLZ, Ort

Berufstätig (mind 30 Std. Wochenarbeitszeit)*

Altersrente*

Name, Vorname

Geburtsdatum*

Straße

PLZ, Ort

*Die Angaben sind zur Prüfung der Versicherungspflicht (RV/AF) der Pflegeperson(en) erforderlich.

*Hinweis zur Mitwirkungspflicht im Antragsverfahren: Damit wir unsere Aufgaben erfüllen können, ist Ihr Mitwirken nach §§ 7, 28 SGB XI, und § 60 SGB I erforderlich. Fehlt Ihre Mitwirkung, kann dies zu Nachteilen (z. B. bei den Leistungsansprüchen) führen.

Unterschrift des Versicherten

Name, Vorname, Anschrift, Tel.-Nr.

Stellung zum Pflegebedürftigen