

# Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung

## Angaben zur Person

Name, Vorname

Geburtsdatum

Versichertennummer

Telefon

Adresse

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

Name der Versicherung

Versichertennummer

Adresse

von - bis versichert

## Ich beantrage folgende Leistung/en

Sachleistung

Geldleistung

Kombinationsleistung

Vollstationäre Pflege

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 durchgeführt 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

Ich erhalte bereits Pflegegeld von

Unfallversicherung

Sozialamt

Versorgungsamt

Beihilfestelle

Name und Anschrift

Aktenzeichen

## Leistungen/Erstattungen bitte auf folgendes Konto überweisen

Name des Geldinstituts

BIC

IBAN

Name des Kontoinhabers

Ort, Datum

Unterschrift



**Häusliche Situation des Antragstellers**

Alleinlebend       mit Ehe-/Lebenspartner       mit Pflegeperson

**Wer pflegt den Antragsteller regelmäßig zu Hause?**

Name, Vorname      Geburtsdatum      Anschrift

Berufstätig (mehr als 30 Std. Wochenarbeitszeit)\*       Altersrente\*

Name, Vorname      Geburtsdatum      Anschrift

Berufstätig (mehr als 30 Std. Wochenarbeitszeit)\*       Altersrente\*

Name, Vorname      Geburtsdatum      Anschrift

Berufstätig (mehr als 30 Std. Wochenarbeitszeit)\*       Altersrente\*

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

**Mitwirkungspflicht**

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.

**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.

