

## Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung – Antragsdatum:

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ geb. am \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_

Plz,Wohnort \_\_\_\_\_

Krankenversicherungsnummer \_\_\_\_\_

### **Datenschutzhinweis:**

Die Erhebung und Verarbeitung Ihrer Daten erfolgt auf der Grundlage gesetzlicher Bestimmungen und ist für die Durchführung der Aufgaben der BKK Salzgitter notwendig. Mehr Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten erhalten Sie auf unserer Webseite [www.bkk-salzgitter.de](http://www.bkk-salzgitter.de) oder in Papierform – rufen Sie uns an, wir senden Ihnen die Informationen gern zu.

Erst-/ Neuantrag  Änderung der Pflegeleistung ab \_\_\_\_\_

Ich beantrage

**Pflegesachleistung** (durch Pflegekräfte von ambulanten Pflegediensten)

**Pflegegeld** (für eine private Pflegeperson, z. B. Familienangehörige)

eine **Kombination** aus  Pflegesachleistung  Pflegegeld

**Vollstationäre Pflege in einem Pflegeheim**(da eine Pflege im häuslichen Bereich nicht möglich ist) inklusive des Anspruchs auf zusätzliche Betreuung und Aktivierung

**Vollstationäre Pflege in Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen**

Ich habe einen Betreuer  Nein  Ja (Kopie des Betreuerausweises beifügen)

Ich habe einen Bevollmächtigten  Nein  Ja (Kopie der Vollmacht beifügen)

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

PLZ: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_ Telefonnummer: \_\_\_\_\_

Ich erhalte:

familiäre, nachbarschaftliche oder ehrenamtliche Pflege durch:

Vorname	Name	Anschrift	Telefonnummer

Die Pflege wird zurzeit nicht im Haushalt des Pflegebedürftigen durchgeführt

Anschrift : \_\_\_\_\_

professionelle Pflege von einem Pflegedienst/ Pflegeheim/ einer Behinderteneinrichtung

Ab/ seit (Datum): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Name

\_\_\_\_\_  
Anschrift

Die Pflegebedürftigkeit ist Folge eines

Arbeitsunfalls/einer Berufskrankheit  Nein  Ja  
Versorgungsleidens/eines Kriegsschadens/eines Wehrdienstschadens  Nein  Ja  
sonstigen Schadens (z. B. bei Geburt, Unfall, Behandlungsfehler)  Nein  Ja

Ich erhalte bereits Pflegeleistungen von anderen in- oder ausländischen Stellen:

Nein  
 Ja, von  der Unfallversicherung  
 dem Sozialamt  
 dem Versorgungsamt  
 Sonstiges:

Bescheide sind beigefügt  Bescheide werden nachgereicht

Ich habe Anspruch auf Beihilfe nach beamtenrechtlichen Vorschriften/Heilfürsorge

Nein  
 Ja, da  ich im öffentlichen Dienst beschäftigt bin/war  
 ich eine Hinterbliebenenversorgung aus einem öffentlich-rechtlichen  
Dienstverhältnis meines Ehegatten/eines Elternteils erhalte  
 mein Ehegatte/ein Elternteil im öffentlichen Dienst beschäftigt ist/war

Meine behandelnden Ärzte sind:

Name	Anschrift	Telefonnummer

Meine Bankverbindung lautet:

Name der Bank	IBAN	BIC

Name und Anschrift des Kontoinhabers, falls vom Pflegebedürftigen abweichend:  
\_\_\_\_\_

**Ich bitte um eine kostenfreie Pflegeberatung**

telefonisch,  zu Hause,  in einem Pflegestützpunkt

**Meine Telefonnummer für Fragen lautet:** \_\_\_\_\_

Ort, Datum

Unterschrift des Versicherten/Betreuers/Bevollmächtigten/gesetzlichen Vertreters<sup>1</sup>

<sup>1</sup> **Einwilligungserklärung nach § 18 Abs. 4 Sozialgesetzbuch Elftes Buch (SGB XI):** Ich bin damit einverstanden, dass der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) meinen behandelnden Arzt in die Begutachtung einbezieht, ärztliche Auskünfte und Unterlagen über die für die Begutachtung der Pflegebedürftigkeit wichtigen Vorerkrankungen sowie Art, Umfang und Dauer der Hilfebedürftigkeit einholt. Außerdem, die mich pflegenden Angehörigen, sonstigen Personen oder Dienste, die an meiner Pflege beteiligt sind, befragt. Insoweit entbinde ich die genannten Personen bzw. Stellen von ihrer Schweigepflicht. Ich versichere, dass ich die Angaben in diesem Antrag wahrheitsgemäß nach bestem Wissen und Gewissen gemacht habe.