

**Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung**

**Angaben des/der Pflegebedürftigen**

Name, Vorname des/der Versicherten/Pflegebedürftigen:	Geburtsdatum:	KV-Nummer:
Anschrift (Straße, PLZ, Ort):		Telefon:

**Ich habe einen Betreuer**       **Nein**       **Ja** (bitte Kopie des Betreuerausweises beifügen)  
 **Ich habe einen Bevollmächtigten**       **Nein**       **Ja** (bitte Vollmacht beifügen)

Name, Vorname:	
Anschrift (Straße, PLZ, Ort):	Telefon:

- Neuantrag**  
 **Einstufung in einen höheren Pflegegrad**

**Ich beantrage folgende Leistungsart:**

- Geldleistung** (Pflege durch eine private Pflegeperson)  
 **Sachleistung** (Pflege durch einen zugelassenen Pflegedienst)  
 **Kombinationsleistung** (Pflege durch eine private Pflegeperson und einen zugelassenen Pflegedienst/Tages-/Nachtpflegeeinrichtung)  
 **Tages- und Nachtpflege (teilstationäre Pflege)** (Pflege in einer zugelassenen Tages-/ Nachtpflegeeinrichtung)  
 **Zusätzliche Leistungen für Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohngruppen**  
 **Dauerhafte Pflege in einem Pflegeheim ab:**  incl. 43b SGB XI

**Meine Heimaufnahme ist notwendig, weil:**

- Dauerhafte Pflege in einer Einrichtung für behinderte Menschen ab:**

**Der behandelnde Arzt:**

Name des Arztes:	
PLZ, Ort:	Straße:

**Die beantragte Geldleistung soll auf mein/folgendes Konto überwiesen werden:**

Kontoinhaber/in (Name, Vorname):	Geldinstitut:
IBAN:	BIC:

**Waren Sie in den letzten 10 Jahren bei anderen Pflegekassen versichert?**  **Nein**  **Ja, bei:**

Pflegekasse:	Zeitraum von	bis
--------------	--------------	-----

**Die Pflegetätigkeiten werden durchgeführt von:**

**Private Pflegeperson**

Name, Vorname, Anschrift (Straße, PLZ, Ort):	Geburtsdatum:	Telefon:	Krankenkasse:
Andere Pflegebedürftige werden gepflegt <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
Name, Vorname, Anschrift (Straße, PLZ, Ort):	Geburtsdatum:	Telefon:	Krankenkasse:
Andere Pflegebedürftige werden gepflegt <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			

**Pflegedienst - tätig seit:**

Name, Anschrift (Straße, PLZ, Ort):	Telefon:
-------------------------------------	----------

**Pflegeheim**  **Tagespflegeeinrichtung**  **Einrichtung für behinderte Menschen**

Name, Anschrift (Straße, PLZ, Ort):	Telefon:
-------------------------------------	----------

**Ursachen der Pflegebedürftigkeit**

Arbeitsunfall/Berufskrankheit	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Versorgungsleiden/Kriegsschaden/Wehrdienstschaden	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Sonstiger Unfall (z. B. Autounfall)	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Behandlungsfehler/Geburtshilfefehler	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Ich erhalte bereits Pflegeleistungen von anderen Leistungsträgern	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja *
Ich habe Pflegeleistungen bei anderen Leistungsträgern beantragt	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja *
Name, Anschrift, Aktenzeichen von der zuständigen Stelle:		

\* Bitte eine Bescheinigung über die Höhe der Leistungen oder eine Kopie des Bescheides beifügen

**Es besteht ein Anspruch auf Beihilfe/freie Heilfürsorge, da**

- ich im öffentlichen Dienst beschäftigt bin/war.	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
- ich eine Hinterbliebenenversorgung aus einem öffentlich-rechtlichen Dienstverhältnis meines Ehegatten/meines Elternteils erhalte.	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
- mein Ehegatte/ein Elternteil im öffentlichen Dienst beschäftigt ist/war.	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
- ich in einem öffentl. Dienstverhältnis (z. B. als Polizist, Berufssoldat) stehe.	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Name, Anschrift der Beihilfestelle:		

**Terminabsprache**

<input type="checkbox"/> Ich wünsche eine ggf. erforderliche Terminabsprache für einen Hausbesuch des Gutachters mit:	
Name, Vorname, Anschrift (Straße, PLZ, Ort):	Telefon:

**Ich bitte die BKK Melitta Plus, mir mein Pflegegutachten zu übersenden.**

**Erklärung zum Antrag auf Pflegeleistungen und zur Entbindung von der Schweigepflicht**

Ich erteile meinen behandelnden Ärzten, den mich behandelnden Kliniken, mich betreuenden Pflegekräften, Pflegediensten und stationären Pflegeeinrichtungen, sowie meinen anderen Therapeuten (z.B. Krankengymnastik, Ergotherapie, Logopädie) die Berechtigung, dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) Auskünfte über die für die Begutachtung der Pflegebedürftigkeit wichtigen Erkrankungen, sowie Art, Umfang und Dauer der Hilfebedürftigkeit zu erteilen und entsprechende Unterlagen zur Verfügung zu stellen, die zur Aufgabenerfüllung der Pflegekasse und/oder des MDK für den konkreten Einzelfall benötigt werden. Diese Erklärung gebe ich freiwillig ab, ich kann sie jederzeit widerrufen.  Nein  Ja

Ich verpflichte mich, jede Änderung der Verhältnisse, die einen Einfluss auf die Leistungen der sozialen Pflegeversicherung, unverzüglich der Pflegekasse mitzuteilen. Diese sind z.B. Umzug in ein Pflegeheim, Hinzunahme eines Pflegedienstes, Änderung der Bankverbindung, Änderung des Gesundheitszustandes (Besserung/Verschlechterung) und Beantragung oder Bezug von Beihilfe- oder Versorgungsleistungen.

Einige Leistungen der Pflegekasse werden im Voraus gezahlt. Hierdurch kann es zu Überzahlungen kommen. Ich verpflichte mich daher, überzahlte Beträge unverzüglich an die Pflegekasse zurückzuzahlen.

Ja, ich stimme zu

Nein, ich stimme nicht zu

Ich versichere, dass ich die Angaben in diesem Antrag wahrheitsgemäß nach bestem Wissen und Gewissen gemacht habe.

Datum:	Unterschrift des/der Pflegebedürftigen/Bevollmächtigten/Betreuers/in:
--------	---

**Datenschutzhinweis (§67 a Abs. 3 Sozialgesetzbuch X):**

Damit wir unsere Aufgaben rechtmäßig erfüllen können, ist Ihr Mitwirken nach § 60 SGB I erforderlich. Ihre Daten sind im vorliegenden Fall aufgrund § 28 SGB XI zu erheben. Fehlt Ihre Mitwirkung, kann dies zu Nachteilen bei den Leistungsansprüchen führen. Liegt ein Beihilfeanspruch vor und sind Rentenversicherungspflichtige Pflegepersonen vorhanden, werden diese an die Beihilfestelle zur Aufnahme der Beitragszahlung gemeldet.