

Zurück an:

BKK Linde
Team Pflege
Konrad-Adenauer-Ring 33
65187 Wiesbaden



Erstantrag auf Leistungen der Pflegeversicherung

I. Allgemeine Angaben der versicherten Person

Name	Geburtsdatum
Vorname	Krankenversicherungsnummer
Anschrift	
Telefon	E-Mail (freiwillige Angabe)

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, Anschrift	von bis versichert	Versichertennummer

Beantragt wird:

- Sachleistung Geldleistung Kombinationsleistung ¹⁾
- Vollstationäre Pflege
- Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen

¹⁾ Wenn Sie die Kombinationsleistung wählen, erhalten Sie die Geldleistung und die Sachleistung jeweils teilweise.

Ich bitte um Zusendung einer Kopie des Gutachtens.

II. Die Pflege wird durchgeführt von

Name des Hilfsdienstes / der Sozialstation	Heimaufnahme am
Anschrift des Hilfsdienstes / der Sozialstation	Telefon
Name der Pflegeperson (bei Geldleistung)	
Anschrift der Pflegeperson (bei Geldleistung)	Telefon

III. Beeinträchtigung der Selbständigkeit besteht im Bereich

<input type="checkbox"/> Mobilität	<input type="checkbox"/> kognitive und kommunikative Fähigkeiten	<input type="checkbox"/> Selbstversorgung
<input type="checkbox"/> Verhaltensweisen und psychische Problemlagen		
<input type="checkbox"/> Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- und therapiebedingten Anforderungen und Belastungen		
<input type="checkbox"/> Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte		

IV. Ich habe beantragt oder erhalte bereits Pflegegeld von

<input type="checkbox"/> der Unfallversicherung	<input type="checkbox"/> dem Sozialamt	<input type="checkbox"/> dem Versorgungsamt
<input type="checkbox"/> der Landesblindengeldstelle	<input type="checkbox"/> ausländischem Leistungsträger: _____	
_____	_____	_____
Name	Unterschrift	Aktenzeichen

V. Beihilfeanspruch

Besteht ein Anspruch auf Beihilfe? *	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
_____		_____
Name und Anschrift der Beihilfestelle		Aktenzeichen

VI. Behandelnder Arzt (siehe auch nächste Seite)

Name des Arztes
Anschrift des Arztes
Telefon

VII. Leistungen/Erstattungen bitte auf Konto des Pflegebedürftigen Überweisen

Geldinstitut
IBAN
BIC
Name des Kontoinhabers

* Die Beihilfe ist eine finanzielle Unterstützung in Krankheits-, Geburts-, Pflege- und Todesfällen für deutsche Beamte, Soldaten und Richter, deren Kinder sowie deren Ehepartner. Ein Beihilfeanspruch wird für die Kranken-/Pflegekasse relevant, sobald der Versicherte einen eigenen Anspruch hat. Angehörige eines Beihilfeberechtigten (z. B. Ehegatten, Lebenspartner) haben lediglich einen abgeleiteten Anspruch. Ein eigener Anspruch entsteht erst bei Tod des ursprünglich Berechtigten.

Ich bin damit einverstanden, dass dem Medizinischen Dienst von dem zuvor 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 (§S93 ff. SGB XI).

Ort	Datum	Unterschrift

Bei diesem Antrag hat mitgewirkt

Name	Vorname
Anschrift	
Telefon	
Stellung zum Pflegebedürftigen (z. B. Bevollmächtigter – Nachweise bitte beifügen)	

Eltern

Bei gemeinsamer Ausübung des Sorgerechts getrenntlebender Eltern besteht kein Alleinvertretungsrecht des umgangsberechtigten Elternteils. Daher ist es bei Kindern erforderlich, dass beide Elternteile den Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung unterschreiben. Bei fehlendem Einvernehmen ist ein Antrag beim Familiengericht auf Übertragung der Entscheidung zu stellen. Sofern ein alleiniges Sorgerecht besteht, bitten wir um Einreichung eines aktuellen Nachweises.

Datum	Unterschrift 1. Elternteil
Datum	Unterschrift weiterer Elternteil

Datenschutzhinweis (§ 67a Abs. 3 SGB X): Damit wir unsere Aufgaben erfüllen können, ist Ihr Mitwirken nach §§ 7, 28 SGB XI und § 60 SGB I erforderlich. Ihre Daten sind im vorliegenden Fall aufgrund § 94 SGB XI zu erheben. Fehlt Ihre Mitwirkung, kann dies zu Nachteilen (z. B. bei den Leistungsansprüchen) führen.

Zu Abschnitt VI. des Antrages:

Es ist Ihnen freigestellt, Ihren Hausarzt zu bitten, die nachfolgenden Angaben zu machen. Wir weisen Sie darauf hin, dass hierfür eventuell anfallende Kosten weder von der Pflege-/Krankenkasse noch vom Medizinischen Dienst übernommen werden können.

Aus hausärztlicher Sicht wichtige Angaben zum Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung (z. B. pflegerelevante Diagnosen, pathologische Untersuchungsbefunde etc.):

Ort	Datum	Stempel/Unterschrift des behandelnden Arztes