

BKK Pflegekasse firmus
28192 Bremen

Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung

- Erstantrag Höherstufungsantrag ergänzende Betreuungsleistungen
 ambulante Pflege vollstationäre Pflege

Personalien			
Name des Pflegebedürftigen	Krankenversicherungsnummer		
Anschrift des Pflegebedürftigen	Telefon		
Beantragt wird			
<input type="checkbox"/> Geldleistung (private Pflege)	<input type="checkbox"/> Sachleistung (Pflege durch Pflegedienst)	<input type="checkbox"/> Kombinationsleistung (Geld- und Sachleistung)	
<input type="checkbox"/> vollstationäre Pflege Aufnahmedatum: _____	➔ Grund: <input type="checkbox"/> Fehlen einer Pflegeperson <input type="checkbox"/> Überforderung der Pflegeperson <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____		
Bankverbindung			
IBAN	BIC	Geldinstitut	Name des Kontoinhabers
Die Pflege wird durchgeführt von			
Name des Pflegedienstes / der Pflegeeinrichtung	Telefon		
Anschrift des Pflegedienstes / der Pflegeeinrichtung			
Name der Pflegeperson	Telefon		
Anschrift der Pflegeperson	Krankenkasse		
Hilfebedarf besteht im Bereich der			
<input type="checkbox"/> Körperpflege	<input type="checkbox"/> Ernährung	<input type="checkbox"/> Mobilität	
<input type="checkbox"/> Hauswirtschaftliche Versorgung	<input type="checkbox"/> Sonstiges:		
Ich erhalte bereits Pflegeleistungen			
<input type="checkbox"/> ja, von _____ <small>Name und Anschrift (z.B. Sozialamt, Versorgungsamt, Berufsgenossenschaft, Beihilfestelle)</small>			
Besteht nach beamtenrechtlichen Vorschriften bei Krankheit oder Pflege Anspruch auf Beihilfe			
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bei: _____ <small>(bitte Bescheinigung der Beihilfestelle beifügen)</small>			
Der behandelnde Arzt ist			
Name des Hausarztes / Facharztes	Telefon		
Anschrift des Arztes			
Häufigkeit der Arztbesuche			
_____ mal monatlich	<input type="checkbox"/> zu Hause	_____ mal monatlich	<input type="checkbox"/> in der Praxis

Häusliche Situation des Antragsstellers	
<input type="checkbox"/> Alleinlebend	<input type="checkbox"/> mit Lebenspartner
<input type="checkbox"/> mit Pflegeperson	
Wer pflegt den Antragssteller regelmäßig zu Hause?	
Name, Vorname	Stundenanzahl in der Woche
Anschrift	
Name, Vorname	Stundenanzahl in der Woche
Anschrift	
Name, Vorname	Stundenanzahl in der Woche
Anschrift	
Welche Hilfsmittel werden benutzt?	
<input type="checkbox"/> Brille	<input type="checkbox"/> Rollstuhl
<input type="checkbox"/> Zahnprothese	<input type="checkbox"/> Korsett
<input type="checkbox"/> Hörgeräte	<input type="checkbox"/> PEG-Sonde
<input type="checkbox"/> UA-Gehstützen	<input type="checkbox"/> Vorlagen
<input type="checkbox"/> Handgehstock	<input type="checkbox"/> Toilettenstuhl
<input type="checkbox"/> Rollator	<input type="checkbox"/> Pflegebett
	<input type="checkbox"/> Hausnotruf
	<input type="checkbox"/> Duschstuhl
	<input type="checkbox"/> Katheter
	<input type="checkbox"/> Sonstiges:
Nimmt der Antragssteller regelmäßig eine Tagespflegeeinrichtung in Anspruch?	
<input type="checkbox"/> ja	_____
	Name und Anschrift der Einrichtung/ Häufigkeit pro Woche
Würde der Antragssteller an einer Rehabilitation (Kur) teilnehmen wollen?	
<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wünscht der Antragssteller die Zusendung des Gutachtens?	
<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Ich bin damit einverstanden, dass mein o.g. behandelnder Arzt vorhandene ärztliche Berichte, Gutachten und Befunddokumentationen dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung zur Verfügung stellt, soweit sie für die Begutachtung der Pflegebedürftigkeit erforderlich sind. Falls Sie nicht damit einverstanden sind, streichen Sie diesen Abschnitt bitte durch. Sofern Sie die Einwilligung verweigern, kann dies zu Nachteilen bei der Leistungserbringung führen (§ 66 SGB I). Diese Daten werden nach § 60 SGB I i.V.m. § 94 SGB XI erhoben.

Datum

Unterschrift des Versicherten

Name des Pflegebedürftigen:

KV-Nr.:

Der Fragebogen wird ausgefüllt von:

- dem Pflegebedürftigen
 - der Pflegeperson*
 - dem Pflegedienst*
 - einer anderen Person*
- (* bitte Vollmacht beilegen)

Erforderlicher Hilfebedarf (bitte ankreuzen)

	Kein	Gelegentlich	Häufig	Immer
Waschen				
Baden				
Duschen				
Zahnpflege / Zahnprothesenpflege				
Kämmen				
Rasieren				
Blasenentleerung				
Darmentleerung				
Zerkleinern von Speisen				
Aufnehmen von Speisen				
Aufstehen / Zubettgehen				
Drehen im Bett				
An- und Auskleiden				
Gehen				
Stehen				
Treppensteigen in der Wohnung				
Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung				
Einkaufen				
Vorbereiten und Kochen von Speisen				
Geschirr spülen				
Wechseln / Waschen der Wäsche und Kleidung				
Reinigen der Wohnung				

Ist der Pflegebedürftige

- dauerhaft bettlägerig? ja nein
- in der Lage, sich in der Wohnung zurecht zu finden? ja nein
- auf regelmäßige Hilfe in der Nacht angewiesen?
Wenn ja, in welcher Form? ja nein

Gibt es Probleme / Schwierigkeiten bei der Pflege?
Wenn ja, welche? ja nein

Datum, Unterschrift