

BKK Pflegekasse firmus
28192 Bremen

Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung

- Erstantrag Höherstufungsantrag
 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"/> Pflegebett
<input type="checkbox"/> Zahnprothese	<input type="checkbox"/> Korsett <input type="checkbox"/> Hausnotruf
<input type="checkbox"/> Hörgeräte	<input type="checkbox"/> PEG-Sonde <input type="checkbox"/> Duschstuhl
<input type="checkbox"/> UA-Gehstützen	<input type="checkbox"/> Vorlagen <input type="checkbox"/> Katheter
<input type="checkbox"/> Handgehstock	<input type="checkbox"/> Toilettensstuhl <input type="checkbox"/> Sonstiges:
<input type="checkbox"/> Rollator	
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

Einwilligung:

Ich bin damit einverstanden, dass der Pflegekasse und dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung vorhandene ärztliche Berichte, Gutachten und Befunddokumentationen zur Einsichtnahme zur Verfügung gestellt werden, soweit sie für die Begutachtung der Pflegebedürftigkeit erforderlich sind. Ich bin ferner damit einverstanden, dass Krankenkasse und Pflegekasse personenbezogene Daten, die ihnen von einem Arzt zugänglich gemacht worden sind, im erforderlichen Umfang gemeinsam verarbeiten und nutzen (§ 96 Abs. 2 SGB XI). Diese Einwilligung kann jederzeit formlos mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden.

_____ Datum

_____ Unterschrift des Versicherten

Datenschutzhinweis:

Die Daten werden zur Erfüllung unserer Aufgaben nach § 94 Abs. 1 Nr. 3 SGB XI zum Zwecke der Bearbeitung Ihres Antrages auf Pflegeleistungen nach SGB XI erhoben und verarbeitet. Ihr Mitwirken ist nach § 60 SGB I erforderlich. Fehlende Mitwirkung kann zu Nachteilen bei der Leistungsgewährung führen. Empfänger Ihrer Daten können im Rahmen gesetzlicher Pflichten und Mitteilungsbefugnisse Dritte oder von uns beauftragte Dienstleister sein. Allgemeine Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten im Rahmen der Datenschutzgrundverordnung finden Sie unter www.bkk-firmus.de/datenschutz oder stellen wir Ihnen auf Wunsch zur Verfügung. Bei Fragen wenden Sie sich an die BKK firmus, Gottlieb-Daimler-Straße 11, 28237 Bremen, oder unseren Datenschutzbeauftragten unter datenschutz@bkk-firmus.de. Dieser Nutzung können Sie jederzeit für die Zukunft widersprechen.