



**BKK VerbundPlus**  
Zeppelinring 13  
88400 Biberach

**BKK**  
**PFLEGE**  
**VERSICHERUNG**

E-Mail: [info@bkkvp.de](mailto:info@bkkvp.de)  
Haben Sie Fragen?  
Servicehotline: **0800 2 234 987**  
(Anrufe aus dem Inland kostenfrei)

Bitte leserlich in Druckbuchstaben ausfüllen und zurücksenden.

## Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung

für das Mitglied      für den Familienangehörigen

### Persönliche Angaben

Name der/des Pflegebedürftigen	Vorname der/des Pflegebedürftigen
Geburtsdatum der/des Pflegebedürftigen	Versichertennummer der/des Pflegebedürftigen
Straße der/des Pflegebedürftigen	PLZ, Ort der/des Pflegebedürftigen
Telefon der/des Pflegebedürftigen	Handy-Nummer der/des Pflegebedürftigen

### Hilfsbedarf besteht im Bereich der

kognitive und kommunikative Fähigkeiten	Mobilität
Verhaltensweisen und psychische Problemlagen	Selbstversorgung
Behandlungs- und Therapiebewältigung	Alltagsbewältigung

### Beantragt wird

Geldleistung      Sachleistung      Kombinationsleistung \*      Tages- und Nachtpflege

\* Wenn Sie die Kombinationsleistung wählen, erhalten Sie die Geldleistung und die Sachleistung jeweils teilweise.

### Bankverbindung

IBAN	BIC
Geldinstitut	Name des Kontoinhabers

### Die Pflege wird durchgeführt von

Name der Pflegeperson	Telefonnummer der Pflegeperson
Straße der Pflegeperson	PLZ, Ort der Pflegeperson
Name des ambulanten Hilfs-/Pflegedienstes	Telefonnummer des ambulanten Hilfs-/Pflegedienstes
Straße des ambulanten Hilfs-/Pflegedienstes	PLZ, Ort des ambulanten Hilfs-/Pflegedienstes

### Ich erhalte oder habe Pflegeleistungen beantragt

bei der Unfallversicherung Sonstige Stelle	bei dem Sozialamt in dem Pflegegrad
Leistungen seit	Antrag gestellt am

### Besteht nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Krankheit und Pflege Anspruch auf Beihilfe oder Heilfürsorge?

nein	ja, bei
------	---------

Falls ja, werden wir ggf. der Beihilfestelle die Angaben über die Pflegeleistungen mitteilen (§44 Abs.5 S.1 SGB XI)

### Der behandelnde Arzt ist

Name des Hausarztes / Facharztes	Telefonnummer des Hausarztes / Facharztes
Straße des Hausarztes / Facharztes	PLZ, Ort des Hausarztes / Facharztes

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.  
Sofern Sie die Einwilligung verweigern, kann dies zu Nachteilen bei der Leistungserbringung führen (§ 66 SGB I).

### Unterschrift

Datum	Unterschrift des Versicherten / Bevollmächtigten
-------	--

**Datenschutzhinweis:** Diese Daten werden nach § 60 SGB I i.V.m. § 94 SGB XI erhoben.