



**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 Erhöhung der Pflegeleistungen ab

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

### Beantragt wird

<input type="checkbox"/> Geldleistung	<input type="checkbox"/> Sachleistung	<input type="checkbox"/> Tages- und Nachtpflege	<input type="checkbox"/> Vollstationäre Pflege
<input type="checkbox"/> Kombinationsleistung *	* 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

### Die vollstationäre Pflege erfolgt in

Name der Pflegeeinrichtung	Tag der Aufnahme
Straße der Pflegeeinrichtung	PLZ, Ort der Pflegeeinrichtung

### Hilfsbedarf besteht im Bereich der

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

### Ich erhalte oder habe Pflegeleistungen beantragt

bei der Unfallversicherung	bei dem Sozialamt
Sonstige Stelle	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.