

Antrag auf Leistungen der vollstationären Pflege nach § 43 SGB XI

BKK VerbundPlus
Zeppelinring 13
88400 Biberach

BKK
PFLEGE
VERSICHERUNG

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

Bitte leserlich in Druckbuchstaben ausfüllen und zurücksenden.

Persönliche Angaben

| | |
|--|---|
| Name der/des Pflegebedürftigen | Vorname der/des Pflegebedürftigen |
| Geburtsdatum der/des Pflegebedürftigen | Krankenversichertennummer der/des Pflegebedürftigen |

Die vollstationäre Pflege erfolgt in

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

Ich erhalte durch die vollstationäre Pflegeeinrichtung Hilfe in folgenden Bereichen

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

Grund der vollstationären Heimaufnahme

häusliche Pflege zu Hause nicht sichergestellt
häusliche Pflege aufgrund Gesundheitsverschlechterung nicht mehr ausreichend
keine Pflegeperson vorhanden oder weggefallen
sonstige Gründe

Ich erhalte oder habe Pflegeleistungen beantragt

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

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. Zudem gilt der Pflegeantrag auch als Antrag für gesetzliche Betreuungs- und Aktivierungsleistungen.

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

Unterschrift

| | |
|-------|-------------------------------|
| Datum | Unterschrift des Versicherten |
|-------|-------------------------------|

Datenschutzhinweis

Diese Daten werden nach §60 SGB I in Verbindung mit §94 SGB XI erhoben.