

BKK VerbundPlus

Zeppelinring 13
88400 Biberach

BKK
PFLEGE
VERSICHERUNG

Fax: **07351 1824-813**

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.

Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung

für das Mitglied für den Familienangehörigen

Persönliche Angaben

Name des Versicherten	Vorname des Versicherten
Geburtsdatum des Versicherten	Versichertennummer des Versicherten
Name des Angehörigen – falls Pflegebedürftige/r	Vorname des Angehörigen – falls Pflegebedürftige/r
Geburtsdatum des Angehörigen – falls Pflegebedürftige/r	Versichertennummer des Angehörigen – falls Pflegebedürftige/r
Straße der/des Pflegebedürftigen	PLZ, Ort der/des Pflegebedürftigen
Telefon der/des Pflegebedürftigen	Handy-Nummer der/des Pflegebedürftigen

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 Hilfdienstes / der Sozialstation	Telefonnummer des Hilfdienstes / der Sozialstation
Straße des Hilfdienstes / der Sozialstation	PLZ, Ort des Hilfdienstes / der Sozialstation

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 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.