

bkk melitta hmr

Pflegekasse

Marienstraße 122

32372 Minden

Persönliche Angaben		
Name, Vorname des/der Versicherten/ Pflegebedürftigen	Versicherungsnummer	Geburtsdatum
Straße, Nr.	PLZ, Ort	
E-Mail-Adresse ¹	Telefonnummer ¹	

Angaben zum Betreuer/Bevollmächtigten	
Betreuer <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Bevollmächtigten <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Name, Vorname	Telefonnummer ¹
Straße, Nr.	PLZ, Ort

<input type="checkbox"/> Neuantrag
<input type="checkbox"/> Einstufung in einen höheren Pflegegrad
<input type="checkbox"/> Entlastungsleistungen nach § 45 a,b SGB XI (Leistung ab Pflegegrad 1)
<input type="checkbox"/> Geldleistung (Pflege durch Angehörige) (ab Pflegegrad 2)
<input type="checkbox"/> Sachleistung (Pflege durch einen zugelassenen Pflegedienst)(ab Pflegegrad 2)
<input type="checkbox"/> Kombinationsleistung (ab Pflegegrad 2) (Pflege durch eine private Pflegeperson und einem zugelassenen Pflegedienst/Tages-/Nachtpflegeeinrichtung)
<input type="checkbox"/> Tages- und Nachtpflege (teilstationäre Pflege)(ab Pflegegrad 2)
<input type="checkbox"/> Zusätzliche Leistungen für Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohngruppen (Wohngruppenzuschlag)
_____ Name und Adresse der Wohngemeinschaft
<input type="checkbox"/> Dauerhafte Pflege in einem Pflegeheim incl. Zuschlag § 43b SGB XI ab: _____
Meine Heimaufnahme ist notwendig, weil: _____

<input type="checkbox"/> Dauerhafte Pflege in einer Einrichtung für behinderte Menschen ab: _____

Ursachen der Pflegebedürftigkeit	
Arbeitsunfall/Berufskrankheit	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Versorgungsleiden/Kriegsschaden/Wehrdienstschaden	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Sonstiger Unfall (z.B. Autounfall)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Behandlungsfehler/Geburtshilfefehler	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Ich erhalte bereits Pflegeleistungen von anderen Leistungsträgern	<input type="checkbox"/> Ja* <input type="checkbox"/> Nein
Ich habe Pflegeleistungen bei anderen Leistungsträgern beantragt	<input type="checkbox"/> Ja* <input type="checkbox"/> Nein
Name, Anschrift, Aktenzeichen der zuständigen Stelle	

* Bitte eine Bescheinigung über die Höhe der Leistung oder eine Kopie des Bescheides beifügen.

Beihilfe	
Es besteht Anspruch auf Beihilfe/ freie Heilfürsorge. (z.B. wegen einer beamtenrechtlichen Versorgung. Gemeint ist hier nicht die Betriebsrente.)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Name, Anschrift der Beihilfestelle	

Terminabsprache	
<input type="checkbox"/> Ich wünsche eine ggf. erforderliche Terminabsprache für einen Hausbesuch des Gutachters mit:	
Name, Vorname	Telefon
Straße, Nr.	PLZ, Ort

Hiermit widerspreche ich der Übersendung meines Pflegegutachten durch die bkk melitta hmr.

Erklärung zum Antrag auf Pflegeleistungen und zur Entbindung von der Schweigepflicht

Ich erteile meinen behandelnden Ärzten, den mich behandelnden Kliniken, mich betreuenden Pflegekräften, Pflegediensten und stationären Pflegeeinrichtungen, sowie meinen anderen Therapeuten (z.B. Krankengymnastik, Ergotherapie, Logopädie) die Berechtigung, dem Medizinischen Dienst (MD) Auskünfte über die für die Begutachtung der Pflegebedürftigkeit wichtigen Erkrankungen, sowie Art, Umfang und Dauer der Hilfebedürftigkeit zu erteilen und entsprechende Unterlagen zur Verfügung zu stellen, die zur Aufgabenerfüllung der Pflegekasse und/oder des MDK für den konkreten Einzelfall benötigt werden. Diese Erklärung gebe ich freiwillig ab, ich kann sie jederzeit widerrufen.

Nein Ja

Ich verpflichte mich, jede Änderung der Verhältnisse, die einen Einfluss auf die Leistungen der sozialen Pflegeversicherung, unverzüglich der Pflegekasse mitzuteilen. Diese sind z.B. Umzug in ein Pflegeheim, Hinzunahme eines Pflegedienstes, Änderung der Bankverbindung, Änderung des Gesundheitszustandes (Besserung/Verschlechterung) und Beantragung oder Bezug von Beihilfe- oder Versorgungsleistungen. Einige Leistungen der Pflegekasse werden im Voraus gezahlt. Hierdurch kann es zu Überzahlungen kommen. Ich verpflichte mich daher, überzahlte Beträge unverzüglich an die Pflegekasse zurückzuzahlen.

Nein, ich stimme nicht zu Ja, ich stimme zu

Ich versichere, dass ich die Angaben in diesem Antrag wahrheitsgemäß nach bestem Wissen und Gewissen gemacht habe.

Ort, Datum

Unterschrift des/der Pflegebedürftigen/Bevollmächtigten/Betreuers/in:

Damit wir unsere Aufgaben rechtmäßig erfüllen können, ist Ihr Mitwirken nach §§ 60-62 SGB I erforderlich. Ihre Daten sind im vorliegenden Fall aufgrund § 28 SGB XI zu erheben. Fehlt Ihre Mitwirkung, kann dies zu Nachteilen bei den Leistungsansprüchen führen.

Die datenschutzrechtlichen Hinweise und Informationen zur Verarbeitung Ihrer Daten finden Sie unter www.bkk-melitta-hmr.de oder fordern Sie diese gerne direkt bei uns per Telefon unter **0571 93409-0** oder per E-Mail unter datenschutz@bkk-melitta.de an.