

Allgemeine Angaben

Name: _____ Geburtsdatum: _____
 Vorname: _____ KV-Nummer: _____
 Anschrift: _____
 Telefon: _____ erreichbar von: _____ bis: _____

Neuantrag **Höherstufungsantrag** **Umstellungsantrag zum:** _____

Gewünschte Leistung

(bitte gewünschte Leistungsart ankreuzen)

- Geldleistung** (Pflege durch eine private Pflegeperson)
- Sachleistung** (Pflege durch einen zugelassenen Pflegedienst)
- Kombinationsleistung** (Pflege durch eine private Pflegeperson und einen zugelassenen Pflegedienst)
- Tages- oder Nachtpflege** (Tages- oder Nachtpflege durch eine teilstationäre Einrichtung)
- stationäre Pflege** (Dauerhafte Pflege in einem Pflegeheim)

Haben Sie einen Betreuer?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja (Bitte Kopie des Betreuerausweises beifügen)
Haben Sie einen Bevollmächtigten?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja (Bitte Kopie der Vollmacht beifügen)
Name, Vorname:		
Anschrift (Straße, PLZ, Ort):		Telefon:

Behandelnder Arzt:

Name des Arztes:	
Anschrift (Straße, PLZ, Ort):	Telefon:

Die Pflegetätigkeiten werden durchgeführt von:

Private Pflegeperson Es ist keine Pflegeperson vorhanden.

Name, Vorname, Anschrift (Straße, PLZ, Ort)	Telefon:	Rentenversicherungsnummer:
Name, Vorname, Anschrift (Straße, PLZ, Ort)	Telefon:	Rentenversicherungsnummer:

Pflegedienst – tätig seit: _____

Name, Anschrift (Straße, PLZ, Ort)	Telefon:
------------------------------------	----------

Ich habe noch keinen Pflegedienst gefunden. Bitte teilen Sie mir Pflegedienste in meiner Nähe mit.

Pflegeheim **Tages- oder Nachtpflegeeinrichtung** **seit:** _____

Name, Anschrift (Straße, PLZ, Ort)	Telefon:
------------------------------------	----------

Ich habe noch keine Einrichtung gefunden. Bitte teilen Sie mir Einrichtungen in meiner Nähe mit.

Ursachen der Pflegebedürftigkeit:

Arbeitsunfall / Berufskrankheit	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja (Bitte entsprechenden Bescheid beifügen)
Versorgungsleiden / Kriegsschaden / Wehrdienstschaden	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Sonstiges (z. B. durch Dritte, Verkehrsunfall, Behandlungsfehler)	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja (Bitte entsprechenden Bescheid beifügen)

Seit wann besteht die Pflegebedürftigkeit? _____

Welche Beeinträchtigungen bzw. Erkrankungen liegen bei Ihnen vor?

Ich erhalte bereits vergleichbare Pflegeleistungen – z.B. nach dem Bundesversorgungsgesetz, aus der gesetzlichen Unfallversicherung, vom Sozialamt o.ä. (Bitte den entsprechenden Bescheid beifügen) – oder ich habe derartige Leistungen beantragt:

Nein Ja

Bezeichnung der Leistung / Leistungsträger / Aktenzeichen:

Haben Sie Anspruch auf Leistungen der Behindertenhilfe?

Nein
 Ja

Haben Sie nach deutschen beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Krankheit und Pflege Anspruch auf Beihilfe oder Heilfürsorge?

Nein
 Ja (Bitte Bescheid beifügen)

Um Anspruch auf Pflegeleistungen zu haben, müssen Sie mindestens zwei Jahre (in den letzten zehn Jahren) in der sozialen Pflegeversicherung versichert gewesen sein. Sollten Sie die letzten zwei Jahre nicht bei der BKK HMR Pflegekasse versichert gewesen sein, benötigen wir weitere Angaben zu Ihrer Vorkasse. Ich bin bereits seit zwei Jahren bei der BKK HMR Pflegekasse versichert

Nein
 Ja

Zuvor war ich bei der folgenden Pflegekasse versichert:

Wünschen Sie eine Beratung zu den Pflegeleistungen durch einen Pflegeberater in ihrer häuslichen Umgebung?

Nein
 Ja

Die beantragte Geldleistung soll auf folgendes Konto überwiesen werden:

Kontoinhaber/in (Name, Vorname):	Falls abweichend zum Leistungsempfänger - Straße, PLZ, Ort:
Geldinstitut:	
BIC:	IBAN:

Ich bin damit einverstanden, dass die vom Medizinischen Dienst der Krankenversicherung zur Beurteilung meiner gesundheitlichen Verhältnisse für erforderlich gehaltenen Unterlagen (z. B. Krankengeschichte, Untersuchungsergebnisse, Röntgenaufnahmen) und Befundberichte hinzugezogen werden. Deshalb entbinde ich die Ärzte, bei denen ich in Behandlung bin oder früher in Behandlung oder zur Untersuchung war, von ihrer Schweigepflicht. Ich stimme zu, diese Unterlagen und Auskünfte, soweit sie für die Entscheidung über die Leistungsgewährung erforderlich sind, bei meinem Antrag auf Pflegeleistungen zu verwerten. Das Einverständnis gilt auch für evtl. erforderliche Nachuntersuchungen.

Hinweis:

Die Angaben zum Leistungsantrag beruhen auf den Mitwirkungspflichten des Ersten Buch Sozialgesetzbuch (SGB I) und des Elften Sozialgesetzbuch (SGB XI). Fehlende oder unvollständige Angaben können zur Versagung des Leistungsanspruches führen. Die Angaben der Bank sind freiwillig.

Die datenschutzrechtlichen Bestimmungen werden bei der Erhebung, Verarbeitung und Übermittlung der Sozialdaten beachtet. Die Daten, die im Zusammenhang mit meiner Begutachtung wegen der Erbringung von Sozialleistungen bekannt geworden sind, können für eigene gesetzliche soziale Aufgaben oder anderen Sozialleistungsträgern (z. B. Krankenkasse, Versorgungsamt, Berufsgenossenschaft) auch für deren gesetzliche oder soziale Aufgaben offenbart werden. Weitere Informationen finden Sie im Internet unter www.bkk-hmr.de/EU-Datenschutzgrundverordnung oder fordern Sie diese Informationen gerne direkt bei uns unter 0800 0 227337 oder datenschutz@bkk-hmr.de an.

Sie können dem jedoch widersprechen. Bei Ihrem Widerspruch können die Leistungen aber ganz oder teilweise versagt oder entzogen werden, nachdem Sie auf diese Folge schriftlich hingewiesen worden sind und eine Ihnen gesetzte Frist verstrichen ist.

Ort, Datum:	Unterschrift des Versicherten / Bevollmächtigten / Betreuers
-------------	--