

Zurück an: BKK24, Mainzer Str. 5, 55232 Alzey

I. Höherstufungsantrag auf Leistungen der Pflegeversicherung

Vorname, Name, Geburtstag Versicherten Versichertennummer

Anschrift Versicherten Telefon-Nr. (freiwillig)

Bitte ausfüllen - Anspruch auf Leistungen besteht, wenn in den letzten zehn Jahren vor der Antragstellung mindestens zwei Jahre eine Versicherung bestand. In den letzten 10 Jahren war ich bei folgenden Pflegekassen versichert:

Name, Anschrift	von bis versichert	Versichertennummer

Beantragt wird

- Sachleistung Geldleistung Kombinationsleistung ¹⁾
 Vollstationäre Pflege Sachleistung
 Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen

¹⁾ Wenn Sie die Kombinationsleistung wählen, erhalten Sie die Geldleistung und die Sachleistung jeweils teilweise.

- Ich bitte um Zusendung einer Kopie des Gutachtens.

II. Die Pflege wird durchgeführt von

Name des Hilfsdienstes / der Sozialstation Heimaufnahme am

Anschrift des Hilfsdienstes / der Sozialstation Telefon-Nr.

Name der Pflegeperson (bei Geldleistung)

Anschrift der Pflegeperson (bei Geldleistung) Telefon-Nr.

III. Hilfebedarf besteht im Bereich

- Ernährung Bewegung Körperpflege Hauswirtschaftliche Versorgung
 Sonstiges _____

Bitte Rückseiten beachten!

IV. Ich erhalte bereits Pflegegeld von

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> der Unfallversicherung | <input type="checkbox"/> dem Sozialamt | <input type="checkbox"/> dem Versorgungsamt |
| <input type="checkbox"/> der Beihilfestelle | <input type="checkbox"/> der Landesblindengeldstelle | <input type="checkbox"/> ausländischem Leistungsträger: |

Name und Unterschrift

Aktenzeichen

Ich habe Anspruch auf Beihilfe nach beamtenrechtlichen Vorschriften/Heilfürsorge:

- nein
- ja, da ich:
 - im öffentlichen Dienst beschäftigt war/bin:
 - ich eine Hinterbliebenenversorgung aus einem öffentl.-rechtl. Dienstverhältnis meines Ehegatten/Elternteils erhalte
 - mein Ehegatte/Elternteil im öffentlichen Dienst beschäftigt ist/war.

Name und Anschrift/Aktenzeichen:

V. Behandelnder Arzt (siehe auch unten)

Name des Arztes

Telefon-Nr.

Anschrift des Arztes

VI. Leistungen/Erstattungen bitte auf folgendes Konto überweisen (Konto des Pflegebedürftigen):

Geldinstitut

IBAN

BIC

Name des Kontoinhabers

Ich bin damit einverstanden, dass der Medizinische Dienst der Krankenversicherung von dem oben genannten, mich behandelnden Arzt, Krankenhäusern und den mich betreuenden Pflegepersonen Auskünfte sowie ärztliche Berichte, Gutachten und Befunddokumentationen zur Verfügung gestellt werden.

Bei diesem Antrag hat mitgewirkt:

Datum, Unterschrift

Versicherten

Name, Vorname, Anschrift, Tel.-Nr., Stellung zum Pflegebedürftigen (z. B. Bevollmächtigter)

Datenschutzhinweis (§ 67a Abs. 3 SGB X): Damit wir unsere Aufgaben erfüllen können, ist Ihr Mitwirken nach §§ 7, 28 SGB XI und § 60 SGB I erforderlich. Ihre Daten sind im vorliegenden Fall aufgrund § 94 SGB XI zu erheben. Fehlt Ihre Mitwirkung, kann dies zu Nachteilen (z. B. bei den Leistungsansprüchen) führen.

Zu Abschnitt V. des Antrages:

Es ist Ihnen freigestellt, Ihren Hausarzt zu bitten, die nachfolgenden Angaben zu machen. Wir weisen Sie darauf hin, dass hierfür eventuell anfallende Kosten weder von der Pflege-/Krankenkasse noch vom Medizinischen Dienst der Krankenversicherung übernommen werden können.

Aus hausärztlicher Sicht wichtige Angaben zum umseitigen Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung (z. B. pflegerelevante Diagnosen, pathologische Untersuchungsbefunde etc.):

Ort, Datum

Stempel/Unterschrift des behandelnden Arztes

Selbstauskunft zum Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung

(Bitte füllen Sie den Bogen gut lesbar und sorgfältig aus. Falls Sie den Bogen nicht selbst ausfüllen können, kann dies auch ein Angehöriger oder eine Pflegeperson für Sie tun.)

Hinweis: Das Ausfüllen der Selbstauskunft ist freiwillig. Die Angaben erleichtern jedoch die Bearbeitung eines Antrages auf Leistungen der Pflegeversicherung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK).

Name des Antragstellers , Geburtsdatum

Häufigkeit der persönlichen Arztbesuche des Antragstellers

___mal monatlich zu Hause ___mal monatlich in der Praxis

Häufigkeit der persönlichen Therapiebesuche des Antragstellers

Krankengymnastik ___mal monatlich zu Hause in der Praxis länger als 6 Monate

Ergotherapie ___mal monatlich zu Hause in der Praxis länger als 6 Monate

Logopädie ___mal monatlich zu Hause in der Praxis länger als 6 Monate

Welche Hilfsmittel/Hilfen benutzt der Antragsteller?

<input type="checkbox"/> Brille	<input type="checkbox"/> Rollstuhl	<input type="checkbox"/> kleine Vorlagen	<input type="checkbox"/> Toilettenstuhl
<input type="checkbox"/> Zahnprothese	<input type="checkbox"/> Korsett	<input type="checkbox"/> Windeln	<input type="checkbox"/> Badehilfe
<input type="checkbox"/> Hörgerät	<input type="checkbox"/> Kompressionsstrümpfe	<input type="checkbox"/> Urinflasche	<input type="checkbox"/> Duschstuhl
<input type="checkbox"/> UA-Gehstützen	<input type="checkbox"/> (kurz) <input type="checkbox"/> (lang)	<input type="checkbox"/> Urinbeutel	<input type="checkbox"/> Pflegebett
<input type="checkbox"/> Handgehstock	<input type="checkbox"/> Ernährungspumpe	<input type="checkbox"/> WC-Sitzerhöhung	<input type="checkbox"/> Antidekubitusmatratze
<input type="checkbox"/> Rollator	<input type="checkbox"/> PEG-Sonde	<input type="checkbox"/> Blasenkatheter	<input type="checkbox"/> Hausnotruf

Sonstiges: _____

Häusliche Situation des Antragstellers

Alleinlebend mit Lebenspartner mit Pflegeperson

Wer pflegt den Antragsteller regelmäßig zu Hause?

Name*, Vorname*	Straße*	PLZ*	Wohnort*	an wieviel Stunden in der Woche?

*Diese Angaben sind erforderlich zur Feststellung der Rentenversicherungspflicht der Pflegeperson(en)

Nimmt der Antragsteller regelmäßig einen Pflegedienst, eine Tagespflege in Anspruch?

Wenn ja, Name des Pflegedienstes: _____ x wöchentlich

Was macht der Pflegedienst? _____

An welchen Erkrankungen leidet der Antragsteller? Falls der Antragsteller schon einmal vom MDK begutachtet worden ist: Was hat sich seit der letzten Begutachtung verändert? Gab es Krankenhausaufenthalte?

Wenn ja, warum?

Hat der Antragsteller eine Rehabilitation (Kur) durchgeführt? Wenn ja, wann und wo?

In den letzten 12 Monaten ja nein

Im Zeitraum von mehr als 12 Monaten bis zu 4 Jahren ja nein

Wurde die Rehabilitation ambulant oder stationär durchgeführt?

War es eine geriatrische Rehabilitation oder eine Indikationsspezifisch (z. B. neurologische, orthopädische, kardiologische) Rehabilitation

Würde der Antragsteller an einer Rehabilitation (Kur) teilnehmen wollen? ja nein

Wenn ja, was möchte der Antragsteller mit einer Rehabilitation (Kur) erreichen?

Welche geistigen Beeinträchtigungen bestehen beim Antragsteller? keine

Verwechseln der Tageszeiten kann sich in der Wohnung nicht zurechtfinden

kann selbst einfache Aufforderungen nicht umsetzen kann vertraute Personen nicht erkennen

Auffälliges Verhalten:

Körpergröße cm

Körpergewicht kg