

Antrag auf stationäre Leistungen der Pflegeversicherung (§§ 43 oder 43a SGB XI)

1/2

Versichertennummer
Diese finden Sie auf Ihrer Gesundheitskarte

Beantragte Leistung

- Vollstationäre Pflegeleistungen nach § 43 SGB XI (Versorgung erfolgt durch eine Vertragspflegeeinrichtung der Pflegekasse)
- Höherstufung
- Leistungen in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen (§ 43a SGB XI)

Angaben zum Leistungserbringer

Die Pflege erfolgt seit/ab dem in der Einrichtung:
Tag Monat Jahr

Name der Pflegeeinrichtung

Telefon*

Anschrift (Straße Hausnummer, PLZ Ort)

Ich erhalte bereits Pflegegeld oder eine vergleichbare Leistung von (bitte Bescheide beifügen)

- der Unfallversicherung dem Sozialamt sonstiger Institution _____

Es bestehen Beihilfeansprüche

- Ja, Versorgungsstelle _____
- Nein

Gründe für die Notwendigkeit der vollstationären Pflege

- Fehlen einer Pflegeperson
- Drohende oder bereits eingetretene Überforderung der Pflegeperson
- Fehlende Pflegebereitschaft möglicher Pflegeperson/-en
- Drohende oder bereits eingetretene Überforderung der Pflegeperson
- Drohende oder bereits eingetretene Verwahrlosung der/des Pflegebedürftigen
- Selbst- und Fremdgefährdungstendenzen der/des Pflegebedürftigen
- Häusliche Pflege ist aufgrund der räumlichen Situation nicht möglich
- Sonstige Gründe:

*Die Angabe der Telefonnummer ist freiwillig.
Lesen Sie bitte auf dem zweiten Blatt weiter.

Antrag auf stationäre Leistungen der Pflegeversicherung (§§ 43 oder 43a SGB XI)

2/2

Versichertennummer
Diese finden Sie auf Ihrer Gesundheitskarte

Mein behandelnder Arzt ist:

Vorname

Name

Telefon*

Anschrift (Straße Hausnummer, PLZ Ort)

Der behandelnde Arzt und die betreuenden Pflegekräfte dürfen dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung ärztliche Berichte, Gutachten und Befunddokumentationen zur Verfügung stellen, soweit sie für die Begutachtung der Pflegebedürftigkeit erforderlich sind.

Ja, damit bin ich einverstanden

Nein, damit bin ich nicht einverstanden; Nachteile bei der Leistungserbringung (§ 66 SGB I) nehme ich in Kauf

Als Bevollmächtigte/-r/Betreuer/-in wurde eingesetzt bzw. bestimmt

Vorname

Name

Telefon*

Anschrift (Straße Hausnummer, PLZ Ort)

Kopie der Betreuungsurkunde/Vollmacht ist beigelegt

Kopie der Betreuungsurkunde/Vollmacht liegt Ihnen vor

Datum

Unterschrift Antragsteller/-in

*Die Angabe der Telefonnummer ist freiwillig.

Hinweis: Ihre persönlichen Daten (Sozialdaten) benötigen wir, um unsere Aufgaben für Sie ordnungsgemäß erledigen zu können.

Nach § 94 Sozialgesetzbuch (SGB) XI in Verbindung mit § 60 SGB I sind wir berechtigt, die Daten zu erheben und Sie zur Mitwirkung verpflichtet.

Ihre Angaben werden vertraulich behandelt und unterliegen dem Datenschutz.

Weitere Informationen zum Datenschutz und Ihre Rechte nach der EU-Datenschutz-Grundverordnung finden Sie auf unserer Homepage

www.daimler-bkk.com, Webcode 139.