



**Pflegekasse der BKK PFAFF**  
Pirmasenser Str. 132  
67655 Kaiserslautern

Telefon: 0631 31876-0  
Telefax: 0631 31876-99  
info@bkk-pfaff.de

BKK PFAFF  
Postfach 11 20  
67601 Kaiserslautern

## Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung

Name	Vorname
Versichertennummer	Geburtsdatum
Straße	Wohnort
Meine aktuelle Telefonnummer	

- I.  **Erstantrag**                       **Höherstufungsantrag**

II. Ich beantrage die folgende Leistung:

- |                                                                                              |                                                                                                         |                                                                                                                      |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> <b>Geldleistung</b><br>Pflege nur durch Privatperson/en             | <input type="checkbox"/> <b>Sachleistung</b><br>Pflege nur durch Pflegedienst                           | <input type="checkbox"/> <b>Kombination aus Geld- und Sachleistung</b><br>Pflege durch Privatperson und Pflegedienst |
| <input type="checkbox"/> <b>Tages- oder Nachtpflege</b><br>teilstationäre Pflegeeinrichtung  | <input type="checkbox"/> <b>Vollstationäre Pflege</b><br>Pflege im häuslichen Bereich ist nicht möglich |                                                                                                                      |
| <input type="checkbox"/> <b>Pflege in vollstationären Einrichtungen der Behindertenhilfe</b> |                                                                                                         |                                                                                                                      |

III. Die Pflege wird durchgeführt von:

Name und Anschrift der privaten Pflegeperson/en

---

---

---

---

Die Pflegeperson betreut weitere Pflegebedürftige     ja     nein

Wurde von Ihrer angegebenen Pflegeperson ein Antrag auf Pflegezeit nach dem Pflegezeitgesetz (PflegezeitG) gestellt?                       ja     nein

Name und Anschrift des Pflegedienstes <u>oder</u> des Pflegeheimes	Heimaufnahme ab <u>oder</u> Hilfe durch Pflegedienst seit _____

**IV. Ich erhalte Leistungen der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV):**

nein      ja

**V. Ich erhalte bereits vergleichbare Pflegeleistungen oder habe diese beantragt (z. B. Sozialamt, Versorgungsamt, Unfallversicherung):**

nein      ja, von folgender Stelle:  
(bitte Kopie des entsprechenden Bescheides beifügen \_\_\_\_\_

**VI. Ich oder mein Ehepartner sind/waren Beamtin/Beamter bzw. haben Ansprüche auf Beihilfe oder Heilfürsorge bei Krankheit und Pflegebedürftigkeit:**

nein      ja

**VII. Name und Anschrift des behandelnden Arztes/ der behandelnden Ärztin:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**VIII. Das Pflegegeld soll auf folgendes Konto überwiesen werden:**

\_\_\_\_\_

Kreditinstitut (Name) \_\_\_\_\_ Kontoinhaber/in \_\_\_\_\_

- Es handelt sich um mein eigenes Konto
- Es handelt sich um das Konto einer dritten Person, auf das die Zahlung erfolgen soll

**IX. Pflegeberatung:**

Ich wünsche eine kostenlose Pflegeberatung durch speziell ausgebildete Pflegeberater/in-nen

- ja, durch einen nächstgelegenen Pflegestützpunkt\* oder
- ja, durch eine externe Pflegeberatung\* (spectrum>k)

\*Die individuelle Pflegeberatung ist auf Wunsch auch im eigenen häuslichen Umfeld möglich

**X. Verzeichnisse**

- Bitte senden Sie folgende Unterlagen zu.
  - Verzeichnis der Pflegeheime aus der Region \_\_\_\_\_
  - Verzeichnis der ambulanten Pflegedienste

Zur Möglichkeit der Suche nach geeigneten Leistungserbringern im Internet beachten Sie bitte die in der Anlage beigefügten Hinweise zu unserem Pflegefinder.

---

Datum, Unterschrift des/der Versicherten

---

Datum, Unterschrift der/des Bevollmächtigten

Datenschutzhinweis (§ 67a Absatz 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 Falle aufgrund § 94 SGB XI zu erheben. Fehlt Ihre Mitwirkung, kann dies zu Nachteilen (z.B. bei den Leistungsansprüchen) führen.
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Ich bin damit einverstanden, dass der Pflegekasse und dem Medizinischen Dienst von dem/ der oben genannten Arzt/Ärztin, Krankenhäusern und den mich betreuenden Pflegepersonen Auskünfte sowie ärztliche Berichte, Gutachten und Befunddokumentationen zur Verfügung gestellt werden. Ich bin ferner damit einverstanden, dass die Krankenkasse und Pflegekasse personenbezogene Daten, die ihnen von einem Arzt/einer Ärztin zugänglich gemacht worden sind, im erforderlichen Umfang gemeinsam verarbeiten und nutzen (§ 93 ff. SGB XI)

**Allgemeiner Hinweis:**

Es ist Ihnen freigestellt, Ihre Ärztin/ Ihren Arzt zu bitten, die ergänzenden Angaben zu machen. Wir möchten Sie allerdings darauf hinweisen, dass hierfür eventuell anfallende Kosten weder von der Pflegekasse/Krankenkasse noch vom Medizinischen Dienst (MD) übernommen werden können.

# PflegeFinder

Suchen Sie nach einem passenden Pflegeheim oder einem ambulanten Pflegedienst für sich oder Ihre Angehörigen und wollen Sie die verschiedenen Angebote miteinander vergleichen? Möchten Sie sich über Bewertungen der Pflegeeinrichtungen hinsichtlich Leistungen und Qualität informieren? Wir helfen Ihnen bei Ihrer Suche.

Der BKK PflegeFinder unterstützt Sie dabei, eine ambulante oder stationäre Pflegeeinrichtung nach Ihren Wünschen zu finden.

Sie können wahlweise nach einer Pflegeeinrichtung an Ihrem Ort oder im Umkreis einer bestimmten Postleitzahl suchen und/oder direkt den Namen der gesuchten Einrichtung eingeben. Durch Angabe der gewünschten Pflegeart können Sie Ihre Suche auf Wunsch weiter eingrenzen.

Bitte beachten Sie, dass eine Suche im Umkreis nur bei Angabe einer vollständigen PLZ, nicht bei Angabe eines Ortes möglich ist. Sofern Sie weniger als 5 Ziffern einer PLZ angeben, werden Ihnen alle Einrichtungen angezeigt, deren Postleitzahl mit den angegebenen Ziffern beginnt.

In den Detailinformationen zur jeweiligen Einrichtung finden Sie Bewertungen der Pflegeeinrichtungen hinsichtlich Leistungen und Qualität (Transparenzberichte nach § 115 SGB XI) sowie Vergütungsinformationen.

Den BKK PflegeFinder erreichen Sie über unsere Homepage oder direkt mit folgendem Link:

[www.pflegefinder.bkk-dachverband.de/](http://www.pflegefinder.bkk-dachverband.de/)

Finden Sie hier das Versorgungsangebot Ihrer Wahl:

Suchkriterien ändern oder zurücksetzen ✕

---

Wo möchten Sie suchen? Wen möchten Sie suchen?

PLZ oder Ort Ganzer Ort 📍 Namen eingeben

---

Versorgungsform / Pflegeart: ^

<input checked="" type="checkbox"/> Pflegedienste	<input checked="" type="checkbox"/> Tagespflege	<input checked="" type="checkbox"/> Pflegeheime
<input checked="" type="checkbox"/> Kurzzeitpflege	<input checked="" type="checkbox"/> Unterstützung im Alltag	<input checked="" type="checkbox"/> Pflegestützpunkte



**Pflegekasse der BKK PFAFF**  
Pirmasenser Str. 132  
67655 Kaiserslautern

Telefon: 0631 31876-0  
Telefax: 0631 31876-99  
info@bkk-pfaff.de

## **Weiterleitung Empfehlung über Rehabilitationsmaßnahmen an zuständigen Träger**

**Name:** \_\_\_\_\_  
**Vorname:** \_\_\_\_\_  
**Geburtsdatum:** \_\_\_\_\_  
**Versichertennummer:** \_\_\_\_\_

### **Entbindung von Schweigepflicht / Herausgabegenehmigung**

Ich entbinde die BKK PFAFF, Pirmasenser Str. 132, 67655 Kaiserslautern von der gesetzlichen Schweigepflicht bezüglich empfohlener Rehabilitationsmaßnahmen gegenüber dem zuständigen Rehabilitationsträger.

In diesem Zusammenhang stimme ich einer Übersendung der Rehabilitationsempfehlung des Medizinischen Dienstes ausdrücklich zu.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

**Bitte beachten Sie, dass ohne Vollständigkeit der Angaben keine Weiterleitung der Unterlagen erfolgen kann!**



**Pflegekasse der BKK PFAFF**  
Pirmasenser Str. 132  
67655 Kaiserslautern

Telefon: 0631 31876-0  
Telefax: 0631 31876-99  
info@bkk-pfaff.de

### **Weiterleitung Empfehlung Präventions-/ Rehabilitationsmaßnahmen an Dritte**

**Name:** \_\_\_\_\_  
**Vorname:** \_\_\_\_\_  
**Geburtsdatum:** \_\_\_\_\_  
**Versichertennummer:** \_\_\_\_\_

### **Entbindung von Schweigepflicht / Herausgabegenehmigung**

Ich entbinde die BKK PFAFF, Pirmasenser Str. 132, 67655 Kaiserslautern von der gesetzlichen Schweigepflicht bezüglich empfohlener

- Präventionsmaßnahmen
- Rehabilitationsmaßnahmen

gegenüber:

- Angehörige (Namentliche Nennung + Anschrift)  
\_\_\_\_\_
- Person(en) des Vertrauens (Namentliche Nennung + Anschrift)  
\_\_\_\_\_
- Pflege- und Betreuungseinrichtung (Namentliche Nennung + Anschrift)  
\_\_\_\_\_
- Behandelnde Arztpraxis (Namentliche Nennung + Anschrift)  
\_\_\_\_\_

In diesem Zusammenhang stimme ich einer Übersendung der oben angekreuzten Empfehlungen von Maßnahmen des Medizinischen Dienstes ausdrücklich zu.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

**Bitte beachten Sie, dass ohne Vollständigkeit der Angaben keine Weiterleitung der Unterlagen erfolgen kann!**