



**Pflegekasse der BKK PFAFF**  
Pirmasenser Straße 132  
67655 Kaiserslautern

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

Pflegeantrag / Datum: \_\_\_\_\_

BKK PFAFF  
Postfach 11 20  
67601 Kaiserslautern

## Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung Erstantrag

Name Vorname Geburtsdatum Versichertennummer

Anschrift Telefonnummer

### Ich habe einen Betreuer oder Bevollmächtigten:

ja (Nachweis bitte beifügen)  nein

Name, Vorname

Anschrift Telefonnummer

### Ich beantrage folgende Pflegeleistungen:

- Pflegegeld** Pflege nur durch Privatperson/en
- Sachleistung** Pflege nur durch Pflegedienst
- Kombinationsleistung** Pflege durch Privatperson und Pflegedienst
- Tages- oder Nachtpflege** teilstationäre Pflegeeinrichtung
- Vollstationäre Pflege** Im Pflegeheim
- Vollstationäre Pflege in einer Behinderteneinrichtung** in zugelassener Behinderteneinrichtung

### Die Pflege wird durchgeführt von privaten Pflegepersonen:

Name der Pflegeperson Geburtsdatum

Straße, Hausnummer PLZ, Ort

Telefonnummer Krankenkasse



**Seite 2 des Antrages**

---

Name, Vorname Versichertennummer

Die Pflegeperson betreut weitere Pflegebedürftige  ja  nein

Die angegebene Pflegeperson einen Antrag auf Freistellung beim Arbeitgeber gestellt nach dem Pflegezeitgesetz (PflegezeitG)  ja  nein

**Die Pflege wird durchgeführt von einem Pflegedienst, einem Pflegeheim oder einer Behinderteneinrichtung:**

---

Name des Leistungserbringers

---

Straße, Hausnummer PLZ, Ort

Die Pflege wird durchgeführt / ist geplant ab: \_\_\_\_\_

**Ich befinde mich derzeit:**

im Krankenhaus  in einer Rehabilitationseinrichtung

bis voraussichtlich: \_\_\_\_\_

im Hospiz  in ambulanter Palliativversorgung

**Die Pflegebedürftigkeit ist Folge:**

einer Berufskrankheit / eines Arbeitsunfalls

eines Versorgungsleidens

**Ich erhalte bereits Pflegeleistungen von anderen Trägern (z. B. Sozialamt, Unfallversicherungsträger, ausländische Träger oder Versorgungsamt) oder habe diese beantragt:**

ja (Nachweis bitte beifügen)  nein

**Ich habe nach beamtenrechtlichen Vorschriften Anspruch auf Beihilfe oder Heilfürsorge bei Krankheit und Pflegebedürftigkeit, da:**

- ich Beamtin / Beamter bin / war
- mein(e) Ehepartner(in) Beamtin / Beamter ist / war
- ein Elternteil Beamtin / Beamter ist / war (nur bei pflegebedürftigen Kindern)

ja (Nachweis bitte beifügen)  nein



Seite 3 des Antrages

---

Name, Vorname

Versichertennummer

**Meine behandelnde Hausarzt- / Facharztpraxis ist:**

---

Name der Praxis

---

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

---

Telefonnummer

Der Weiterleitung einer möglichen Heilmittlempfehlung an die oben genannte Arztpraxis stimme ich zu:

ja

nein

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

---

IBAN

---

Kreditinstitut (Name)

Kontoinhaber

- Es handelt sich um das Konto der antragstellenden Person  
 Es handelt sich um das Konto einer dritten Person auf das die Zahlung erfolgen soll

**Pflegeberatung:**

Ich wünsche eine kostenlose Pflegeberatung durch speziell ausgebildete Pflegeberater/innen

- ja, durch einen nächstgelegenen Pflegestützpunkt oder  
 ja, durch eine externe Pflegeberatung (spektrum>k)

---

Datum, Unterschrift des/der Versicherten

Unterschrift des/der 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 einer Ärztin/ einem Arzt 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).

Den PflegeFinder erreichen Sie über unsere Homepage



<https://pflegefinder.bkk-dachverband.de/>

