



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 Höherstufungsantrag

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, Or

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)

ne



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



Einverständnis:

Ich stimme zu, dass

- der Pflegekasse, dem Medizinischen Dienst und ggf. den unabhängigen Gutachtern von den oben genannten Ärzten, Krankenhäusern und/oder den mich betreuenden Pflegepersonen Auskünfte sowie ärztliche Berichte, Gutachten und Befunddokumentationen zur Verfügung gestellt werden, soweit diese zur Begutachtung der Pflegebedürftigkeit erforderlich sind
- ich entbinde meine behandelnden Ärzte von ihrer Schweigepflicht, soweit die medizinischen Unterlagen und Auskünfte zur Antragsbearbeitung benötigt werden
- sämtliche im Pflegeantrag gemachten Angaben (z.B. Telefonnummern, Angaben zu Bevollmächtigten/Betreuern) an den Medizinischen Dienst weitergeleitet werden, um eine möglichst reibungslose Kontaktaufnahme und Begutachtung durchzuführen
- die personenbezogenen Daten, die der Pflegekasse von einer Ärztin/ einem Arzt zugänglich gemacht worden sind, im erforderlichen Umfang verarbeiten und genutzt werden dürfen

Falls Sie mit einem der Punkte nicht einverstanden sind, streichen Sie Entsprechendes durch.

Hinweise zum Datenschutz:

Ihre Daten sind aufgrund § 94 SGB XI zu erheben und Ihre Mitwirkung nach §60 SGB I erforderlich. Bei fehlender Mitwirkung, kann dies zu Nachteilen (z.B. bei den Leistungsansprüchen) führen (§66 SGB I).

Weitere Informationen zum Datenschutz und der Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten finden Sie unter www.bkk-pfaff.de/datenschutz/

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/>

