

Antwort

mhplus Betriebskrankenkasse
Pflegeversicherung
71632 Ludwigsburg

Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung

Name, Vorname des Pflegebedürftigen/der Pflegebedürftigen	Geburtsdatum	Versicherungsnummer
Anschrift		Telefon

<input type="checkbox"/> Sachleistung <input type="checkbox"/> Geldleistung <input type="checkbox"/> Kombinationsleistung <input type="checkbox"/> Tages- und/oder Nachtpflege		
IBAN	Geldinstitut	Kontoinhaber
BIC		
Die Pflege wird durchgeführt von		
Name des Pflegedienstes		
Anschrift des Pflegedienstes		
Name der Pflegeperson (bei Geld- und Kombinationsleistung)		
Anschrift der Pflegeperson		Telefon:
Wurde eine Pflegezeit nach § 3 Pflegezeitgesetz beantragt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		

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
Name und Anschrift / Aktenzeichen			
Ich habe Anspruch auf Beihilfe nach beamtenrechtlichen Vorschriften <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
Dienstherr: Adresse des Dienstherrn:			
(Die Angaben werden gem. § 44 Abs. 5 Satz 1 SGB XI benötigt. Die Beantwortung der Frage ist daher Pflicht.)			
Name und Anschrift des behandelnden Arztes:			
Häufigkeit der Arztbesuche: _____ mal monatlich <input type="checkbox"/> Zu Hause <input type="checkbox"/> In der Praxis			
Häusliche Situation:			
<input type="checkbox"/> Alleinlebend	<input type="checkbox"/> Nur nachts allein	<input type="checkbox"/> Nur tagsüber allein	
<input type="checkbox"/> Mit Ehepartner(in)/Lebenspartner(in)/Angehörigem			
<input type="checkbox"/> Pflegepersonen/Angehörige wohnen in unmittelbarer Nachbarschaft			

Welche Personen helfen Ihnen regelmäßig zu Hause?

Name, Vorname, Alter	Wie oft täglich?	Wie oft wöchentlich?	Berufstätig?		Altersrente?	
			<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
			<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
			<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja

Wird regelmäßig ein Pflegedienst/eine Tagespflege in Anspruch genommen?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Wenn ja, welche(r)? _____	
Wie oft? _____ × täglich/ _____ × wöchentlich. Was übernimmt der Pflegedienst?	

Weshalb benötigen Sie pflegerische Hilfe (Krankheiten, Behinderungen)?	

Bitte senden Sie mir eine Preis- und Vergleichsliste (diese ist ebenfalls unter <http://www.bkk-pflegefinder.de/> ersichtlich) über die Leistungen und Vergütungen der zugelassenen Pflegeeinrichtungen zu: Ja Nein

Angaben über eine Betreuung / Vollmacht	
Ich habe eine/n gesetzliche/n Betreuer/in.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Ich habe eine Vollmacht zur Regelung der Angelegenheiten mit der mhplus Pflegeversicherung erteilt.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Falls noch nicht vorliegend, bitte eine Kopie der Betreuerurkunde bzw. der Vollmacht beilegen. Eine Blanko-Vollmacht finden Sie auf unserer Homepage www.mhplus.de .	
Nachname, Vorname:	_____
Strasse, Hausnummer:	_____
PLZ, Ort:	_____
Telefonnummer, E-Mail:	_____

X

Datum, Unterschrift des Versicherten / Bevollmächtigten / Betreuers

Datenschutzhinweis (§ 67a Abs. 3 SGB X): Damit wir unsere Aufgabe rechtmäßig erfüllen können, ist Ihr Mitwirken nach §§ 7, 28 SGB XI, § 60 SGB I erforderlich. Ihre Daten sind in vorliegendem Falle aufgrund § 94 SGB XI zu erheben. Fehlt Ihre Mitwirkung, kann dies zu Nachteilen (z. B. bei den Leistungsansprüchen) führen. Ich bin einverstanden, dass die mhplus von meinem behandelnden Arzt, den Krankenhäusern und den mich betreuenden Personen Unterlagen, Auskünfte sowie in deren Besitz befindliche Fremdbefunde anfordert, soweit diese für die Feststellung der Pflegestufe erforderlich sind. Die Unterlagen sind direkt an den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) zu senden. Ich bin damit einverstanden, dass die ärztlichen und pflegfachlichen Gutachter des MDK das vollständige Gutachten an meine Krankenkasse übermitteln und entbinde sie insoweit von ihrer gesetzlichen Verschwiegenheitspflicht. Unterlagen, die ich der mhplus Pflegeversicherung zur Verfügung gestellt habe, dürfen an den zuständigen MDK weitergegeben werden.