

Bitte senden an:

BKK_DürkoppAdler
Pflegekasse
Stieghorster Str. 66
33605 Bielefeld

Antrag auf Erhöhung des Pflegegrades

Personalien	
Name, Vorname, Geburtstag des Pflegebedürftigen	Krankenversicherturnummer
Anschrift des Pflegebedürftigen	Telefon *

Ich beantrage die Prüfung eines höheren Pflegegrades
ab: <u>sofort</u>
Derzeit beziehe ich Leistungen der Pflegeversicherung nach dem Pflegegrad:

Eine erhöhte Beeinträchtigung der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten besteht in folgenden Bereichen:
<input type="checkbox"/> Mobilität <input type="checkbox"/> Kognitive und kommunikative Fähigkeiten <input type="checkbox"/> Verhaltensweisen und psychische Problemlagen <input type="checkbox"/> Selbstversorgung (vormals Grundpflege) <input type="checkbox"/> Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen <input type="checkbox"/> Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ _____
Der behandelnde Arzt ist : (bitte Name und Anschrift angeben) _____ _____

bitte wenden

Erklärung zum Antrag auf Pflegeleistungen und zur Entbindung von der Schweigepflicht

Ich entbinde meine Ärzte, die mich betreuenden Pflegekräfte und die stationäre Pflegeeinrichtung von Ihrer Schweigepflicht, soweit Unterlagen für Auskünfte zur Entscheidung über meinen Antrag auf Pflegeleistungen von der Pflegekasse und dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) benötigt werden.

Ja

Nein

- Ich verpflichte mich, jede Änderung der Verhältnisse, die einen Einfluss auf die Leistungen der sozialen Pflegeversicherung haben, unverzüglich der Pflegekasse mitzuteilen. Diese sind z.B. Umzug in ein Pflegeheim, Hinzunahme eines Pflegedienstes, Änderung der Bankverbindung, Änderung des Gesundheitszustandes (Besserung/Verschlechterung) und Beantragung oder Bezug von Beihilfe- oder Versorgungsleistungen.
- Einige Pflegeleistungen werden im Voraus gezahlt. Hierdurch kann es zu Überzahlungen kommen. Ich verpflichte mich daher, überzahlte Beträge unverzüglich an die Pflegekasse zurückzuzahlen.

Ja, ich stimme zu

Nein, ich stimme nicht zu

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben.

Bei diesem Antrag hat mitgewirkt *

Datum, Unterschrift des Versicherten

Name, Vorname, Anschrift, Tel.-Nr.,
Stellung zum Pflegebedürftigen (z. B. Bevollmächtigter)

Datenschutzhinweis: Die Daten werden zur Erfüllung unserer Aufgaben nach § 94 Abs. 1 SGB XI zum Zwecke der Leistungsgewährung nach §§ 28, 28a SGB XI erhoben und verarbeitet. Ihr Mitwirken ist nach § 60 SGB I erforderlich. Fehlende Mitwirkung kann zu Nachteilen z.B. bei den Leistungsansprüchen führen. Empfänger Ihrer Daten können im Rahmen gesetzlicher Pflichten und Mitteilungsbefugnisse Dritte oder von uns beauftragte Dienstleister sein. Die datenschutzrechtlichen Hinweise und Informationen zur Verarbeitung Ihrer Daten finden Sie auf unserer Webseite unter www.bkk-da.de oder fordern Sie diese Informationen gerne direkt bei uns unter datenschutz@bkk-da.de oder per Post BKK_DürkoppAdler, Datenschutzbeauftragter, Stieghorster Str. 66, 33605 Bielefeld an.

Die mit „*“ gekennzeichneten Angaben sind freiwillig, ermöglichen uns aber eine schnelle und unkomplizierte Kontaktaufnahme mit Ihnen bei Rückfragen und zu allen Belangen der Pflege- und Krankenversicherung bei der BKK_DürkoppAdler. Der Nutzung dieser Angaben durch die BKK_DürkoppAdler können Sie jederzeit widersprechen.

Anlage zum Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung: Pflegebegutachtung durch den MDK

Um die Begutachtung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) im Rahmen eines Besuches bei Ihnen reibungslos organisieren zu können, bitten wir Sie um die nachfolgenden Angaben.

Name des Versicherten, Vorname des Versicherten KV-Nr.

Straße und Hausnummer, Postleitzahl und Wohnort, ggf. Stadtteil

Telefon (Festnetz) *

Mobiltelefon *

Frühestmöglicher Begutachtungstermin: _____

Zeitraum, in dem eine Begutachtung aus **zwingenden** Gründen **nicht** möglich ist
(z. B. wegen eines Krankenhausaufenthaltes, einer Rehabilitation, einer Kurzzeitpflege, etc.):

von: _____ bis: _____

von: _____ bis: _____

An folgenden Werktagen ist eine Begutachtung aus **zwingenden** Gründen **nicht** möglich
(z. B. wegen einer Dialyse, einer Chemotherapie, etc.):

Montag Dienstag Mittwoch Donnerstag Freitag Samstag

Folgende Person soll über den Begutachtungstermin informiert werden:

Angehöriger Betreuer (bitte Urkunde, Vollmacht etc. beifügen)

Name, Vorname

Straße und Hausnummer, Postleitzahl und Wohnort, ggf. Stadtteil

Telefon (Festnetz) *

Mobiltelefon *

Ist für die Begutachtung ein **Dolmetscher** erforderlich? Ja, Sprache: _____
(Bitte ggf. über die **Pflegekasse** veranlassen, der MDK kann keinen Dolmetscher stellen!)

Gibt es weitere **Besonderheiten**, über die Sie den MDK noch informieren möchten:

Datenschutzhinweis: Die Daten werden zur Erfüllung unserer Aufgaben nach § 94 Abs. 1 SGB XI zum Zwecke der Leistungsgewährung nach §§ 28, 28a SGB XI erhoben und verarbeitet. Ihr Mitwirken ist nach § 60 SGB I erforderlich. Fehlende Mitwirkung kann zu Nachteilen z.B. bei den Leistungsansprüchen führen. Empfänger Ihrer Daten können im Rahmen gesetzlicher Pflichten und Mitteilungsbefugnisse Dritte oder von uns beauftragte Dienstleister sein. Die datenschutzrechtlichen Hinweise und Informationen zur Verarbeitung Ihrer Daten finden Sie auf unserer Webseite unter www.bkk-da.de oder fordern Sie diese Informationen gerne direkt bei uns unter datenschutz@bkk-da.de oder per Post BKK_DürkoppAdler, Datenschutzbeauftragter, Stieghorster Str. 66, 33605 Bielefeld an.

Die mit „*“ gekennzeichneten Angaben sind freiwillig, ermöglichen uns aber eine schnelle und unkomplizierte Kontaktaufnahme mit Ihnen bei Rückfragen und zu allen Belangen der Pflege- und Krankenversicherung bei der BKK_DürkoppAdler. Der Nutzung dieser Angaben durch die BKK_DürkoppAdler können Sie jederzeit widersprechen.