

Antwort an:

IKK Brandenburg und Berlin
 Pflegekasse/Häusliche Krankenpflege
 Postfach 30 35 40
 10727 Berlin

Allgemeine Angaben des Pflegebedürftigen		
Name, Vorname	Geburtsdatum	Geschlecht
Straße Hausnummer		Postleitzahl Ort
E-Mail-Adresse *	Telefon *	Krankenversichertennummer
Ich habe einen gesetzlichen Betreuer /einen Bevollmächtigten:		Ja Nein
Name, Vorname, Anschrift des Betreuers / des Bevollmächtigten		Telefon *
Kopie des Betreuerausweises / der Vollmacht ist beigelegt		
Ich beantrage die Einstufung in einen Pflegegrad und werde folgendermaßen versorgt:		
<p>Pflege im häuslichen Bereich durch eine private Pflegeperson (Pflegegeld)</p> <p>Pflege im häuslichen Bereich durch Vertragspartner der Pflegekasse (Sachleistung)</p> <p>Pflege im häuslichen Bereich durch eine private Pflegeperson und Vertragspartner der Pflegekasse (Kombinationsleistung)</p> <p>Pflege in einer vollstationären Pflegeeinrichtung (vollstationäre Pflege)</p> <p>Pflege in einer vollstationären Einrichtung der Hilfe für behinderte Menschen</p>		
Die Pflege wird im häuslichen Bereich durchgeführt		
von einem Hilfsdienst oder einer Sozialstation		
Name des Hilfsdienstes / der Sozialstation		Telefon
Anschrift des Hilfsdienstes / der Sozialstation		
von einer privaten Pflegeperson		
Name der Pflegeperson		Telefon
Anschrift der Pflegeperson		
Die Pflege wird im Pflegeheim durchgeführt		
Name des Pflegeheims		Telefon
Anschrift des Pflegeheims		

* freiwillige Angaben

Angaben zur Pflegebedürftigkeit

Ist die Pflegebedürftigkeit Folge eines Unfalls, Arbeitsunfalls, einer Berufskrankheit, eines ärztlichen Behandlungsfehlers oder eines Wehrdienstschadens? (Bitte Nachweise beifügen.)

Ja

Nein

Erhalten Sie bereits Leistungen (Rente etc.) wegen anerkannter Unfallfolgen oder haben diese beantragt? (Bitte Nachweise beifügen.)

von der Unfallversicherung / Versorgungsamt

von der Berufsgenossenschaft

von sonstiger Stelle: _____

Beihilfeansprüche

Ja (ich bzw. mein Ehegatte bin/war Beamtin/Beamter und habe Ansprüche auf Beihilfe oder Heilfürsorge bei Krankheit und Pflegebedürftigkeit)

Nein

Behandelnder Arzt

Name des Hausarztes / Facharztes

Telefon

Anschrift des Hausarztes / Facharztes

Erklärung zur Entbindung von der Schweigepflicht (Bitte ankreuzen)

Für den Medizinischen Dienst ist es bei der Beurteilung Ihrer Pflegebedürftigkeit oftmals hilfreich, wenn er von Ihren behandelnden Ärzten Auskünfte oder medizinische Unterlagen erhalten kann.

Ja, ich entbinde meine behandelnden Ärzte, die mich betreuenden Pflegekräfte, die stationäre Pflegeeinrichtung sowie den von mir in Anspruch genommenen Pflegedienst von ihrer Schweigepflicht, soweit deren Unterlagen und Auskünfte zur Aufgabenerfüllung der Pflegekasse und/oder des Medizinischen Dienstes für den konkreten Einzelfall benötigt werden. Dieses Einverständnis gilt auch für eventuell erforderliche Nachuntersuchungen durch den Medizinischen Dienst. Diese Erklärung kann ich jederzeit für die Zukunft widerrufen.

Nein, mit der Entbindung von der Schweigepflicht bin ich nicht einverstanden.

Datenschutzhinweis

Wir benötigen die Daten zur Prüfung Ihrer Pflegebedürftigkeit nach §§ 18, 33 SGB XI und § 94 SGB XI.

Ich bin damit einverstanden, dass meine persönlichen Antragsdaten und -unterlagen an den Medizinischen Dienst weitergeleitet werden. Meine Einwilligung zur Weiterleitung der persönlichen Antragsdaten und -unterlagen kann ich jederzeit schriftlich für die Zukunft widerrufen. Der Widerruf ist an die IKK BB zu richten. Willigen Sie nicht ein oder widerrufen Sie die Einwilligung, so hat dies zur Folge, dass Verzögerungen bei der Prüfung Ihrer Pflegebedürftigkeit entstehen.

Terminvereinbarung

Der Termin für den Hausbesuch durch den Medizinischen Dienst soll abgesprochen werden mit:

mir selbst

Frau/Herrn

Telefon*

Anschrift

Datum

Unterschrift des Versicherten/Betreuers/Bevollmächtigten

_____|_____|_____|_____|_____|

* freiwillige Angaben