

An
R+V Betriebskrankenkasse
65215 Wiesbaden

Datum: _____



Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung

1. Angaben zum Pflegebedürftigen und Bevollmächtigten oder Betreuer

Name, Vorname		
Straße, Hausnummer		
PLZ, Ort		
Geburtsdatum		
Versicherungsnummer		
Telefonnummer / Mobilnummer		

Ich habe einen Betreuer	<input type="checkbox"/> Ja (bitte Kopie des Betreuer-Ausweises beifügen)	
Ich habe einen Bevollmächtigten	<input type="checkbox"/> Ja (bitte Vollmacht beifügen)	
Name, Vorname		
Straße, Hausnummer		
PLZ, Ort		
Telefonnummer / Mobilnummer		

2. Angaben zum Antrag und Pflegeleistungen

- Erstantrag/Neuantrag
- Einstufung in eine höhere Pflegestufe (Höherstufungsantrag)
- Änderung der Pflegeleistung: ab _____

- Geldleistung – Die Pflege erfolgt durch eine private, selbstorganisierte Pflegeperson.
- Sachleistung – Die Pflege erfolgt durch einen zugelassenen Pflegedienst.
- Kombinationsleistung* – Die Pflege erfolgt durch eine Privatperson und einen Pflegedienst
- Vollstationäre Pflege in einem Pflegeheim ab: _____
- Vollstationäre Pflege in einer Einrichtung für Menschen mit Behinderung ab: _____

* Wenn Sie die Kombinationsleistung wählen, erhalten Sie die Geldleistung und die Sachleistung jeweils teilweise.

3. Angaben zu Pflegepersonen und/oder Leistungserbringer

Die Pflege wird durchgeführt von einem/einer:

- Pflegedienst, Pflegeheim, Tagespflegeeinrichtung, Einrichtung für Menschen mit Behinderung
 Der Pflegedienst/die Einrichtung ist tätig seit dem _____

Name, Vorname		
Straße, Hausnummer		
PLZ, Ort		
Telefonnummer / Mobilnummer		

- Private Pflegeperson

	Pflegeperson 1	Pflegeperson 2	Pflegeperson 3
Name, Vorname			
Straße, Haus-Nr. PLZ, Ort			
Geburtsdatum			
Telefonnummer			
Ist die Pflegeperson neben der Pfllegetätigkeit berufstätig?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, seit _____ für <input type="checkbox"/> > 30 Std./Woche <input type="checkbox"/> <= 30 Std./Woche	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, seit _____ für <input type="checkbox"/> > 30 Std./Woche <input type="checkbox"/> <= 30 Std./Woche	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, seit _____ für <input type="checkbox"/> > 30 Std./Woche <input type="checkbox"/> <= 30 Std./Woche
Die Person hilft an (mind.) zwei unterschiedlichen Tagen/Woche, mind. 10 Std./Woche:	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Seit wann wird gepflegt?			
Erhält die Pflegeperson eine Vollrente wegen Alters oder eine vergleichbare Leistung nach Erreichen einer Altersgrenze?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, seit _____	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, seit _____	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, seit _____

4. Angaben zur Bankverbindung

Ansprüche auf Geldleistungen sollen dem folgenden Konto gutgeschrieben werden:

IBAN	
BIC	
Geldinstitut	
Kontoinhaber	

5. Bedarf der Pflege

Es besteht ein Hilfebedarf im Bereich der:

- Mobilität (bspw. für den Positionswechsel im Bett, das Halten einer stabilen Sitzposition)
- Kognitiven und kommunikativen Fähigkeiten (bspw. bei Erkennen von Personen)
- Verhaltensweisen und psychische Problemlagen (bspw. bei Verhaltensauffälligkeiten)
- Selbstversorgung (bspw. Körperpflege bzw. Körperhygiene)
- Bewältigung von und selbstständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen (bspw. Medikamentenversorgung, Verbandswchsel)
- Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte (bspw. sich beschäftigen, Ruhen und Schlafen, Kontaktpflege zu Personen)

Die Pflege wird sichergestellt im:

- Im eigenen Haushalt Im Haushalt eines Familienangehörigen
 bei/im _____

6. Ansprüche gegenüber Dritten

Die Pflegebedürftigkeit ist auf einen Arbeitsunfall, sonstigen Unfall oder Einwirkung von Dritten zurückzuführen:

- nein ja, wegen: Arbeitsunfall/Berufskrankheit
 Versorgungsleiden/Kriegsschaden/Wehrdienstschaden
 Sonstiger Unfall (bspw. im privaten Bereich)
 Behandlungsfehler/Geburtshilfefehler

Es werden bereits Entschädigungsleistungen wegen Pflegebedürftigkeit bezogen:

- nein ja*, von einem Träger der Unfallversicherung
 als Kriegsbeschädigter nach dem Bundesversorgungsgesetz
 nach anderen gesetzlichen Vorschriften (z.B. Bundes-sozialhilfegesetz)
 Andere:

* Fügen Sie bitte den entsprechenden Bescheid bei.

Es bestehen Ansprüche auf Beihilfe oder Heilfürsorge im Pflegefall:

- nein ja, weil ich im öffentlichen Dienst beschäftigt bin/war
 ich eine Hinterbliebenenversorgung aus einem öffentlich-rechtlichen Dienstverhältnis meines Ehegatten oder eines Elternteils erhalte.
 mein Ehegatte oder ein Elternteil im öffentlichen Dienst beschäftigt ist/war
 ich in einem öffentlichen Dienstverhältnis stehe

Bei „ja“

Name der Behörde	
Straße, Hausnummer	
PLZ/Ort	
Mitglieds-/bzw. Versicherungsnummer	

7. Angaben zur Vorversicherungszeit

In den letzten 10 Jahren bestand Versicherungsschutz bei einer anderen Pflegekasse:

- ja nein

<input type="checkbox"/> Eigene Versicherung	<input type="checkbox"/> Familienversichert
<input type="checkbox"/> Gesetzlich versichert	<input type="checkbox"/> Privat versichert
vom _____	bis _____ Versicherung: _____
vom _____	bis _____ Versicherung: _____

8. Angaben bei Zuzug nach Deutschland (wenn nicht zutreffend, leer lassen)

Ich bin am _____ aus _____ nach Deutschland eingereist bzw. aus dem Ausland zurückgekehrt.

Ich begründe meinen ständigen Wohnsitz seit _____ in Deutschland.

(Bitte Nachweis des Einwohnermeldeamtes beifügen)

9. Terminabsprachen zur Begutachtung

Sofern es zu einer persönlichen Begutachtung in meinem Haushalt kommt, wünsche ich eine Terminabsprache.
(Sofern die Absprache mit einer anderen Person erfolgen soll bitte Angaben ergänzen.)

Name, Vorname		
Straße, Hausnummer		
PLZ, Ort		
Telefonnummer / Mobilnummer		

10. Weiterleitung der Empfehlungen des Medizinischen Dienstes

1. Ich bin mit der Weiterleitung der in dem Pflegegutachten ggfs. ausgesprochenen Empfehlung zur Durchführung einer Rehabilitationsmaßnahme durch die R+V Betriebskrankenkasse sowie dem aus dieser Weiterleitung resultierenden Antragsverfahren auf Leistungen der med. Rehabilitation einverstanden.

Ja Nein

Ferner stimme ich zu, dass die Rehabilitationsempfehlung an weitere im Rahmen der Begutachtung bestimmte Personen wie z. B. den behandelnden Arzt übermittelt wird.

Ja Nein

2. Ich bin mit der Weiterleitung der in dem Pflegegutachten ggfs. ausgesprochenen Empfehlung zur Heilmittelversorgung durch die R+V Betriebskrankenkasse an den behandelnden Arzt einverstanden.

Ja Nein

Bei Einverständnis („Ja“) anzugeben:

Name des behandelnden Arztes		
Anschrift:		

3. Ich bin mit der Weiterleitung der in dem Pflegegutachten ggfs. ausgesprochenen Empfehlung zur Hilfsmittelversorgung durch die R+V Betriebskrankenkasse Pflegekasse an die R+V Betriebskrankenkasse als Krankenversicherungsträger sowie dem aus dieser Weiterleitung resultierenden Versorgungsauftrag an einen Vertragspartner der R+V Betriebskrankenkasse einverstanden .

Ja Nein

11. Einwilligungserklärung

Ich bin damit einverstanden, dass der Pflegekasse und dem Medizinischen Dienst vorhandene ärztliche Berichte, Gutachten und Befunddokumentationen zur Einsichtnahme zur Verfügung gestellt werden. Ich erteile meinen behandelnden Ärzten, den mich behandelnden Kliniken, mich betreuenden Pflegekräften, Pflegediensten und stationären Pflegeeinrichtungen sowie meinen anderen Therapeuten die Berechtigung Auskünfte zu erteilen, die im Zusammenhang mit dem Antrag auf Pflegeleistungen stehen.

Ich bin ferner damit einverstanden, dass Krankenkasse und Pflegekasse personenbezogene Daten, die ihnen von einem Arzt zugänglich gemacht worden sind, im erforderlichen Umfang gemeinsam verarbeiten und nutzen (§ 96 Abs. 2 SGB XI). (§ 96 Abs. 2 SGB XI).

12. Hinweis zur Erhebung persönlicher Daten, Datenschutz

Die Erhebung Ihrer Sozialdaten ist für die Antragsprüfung erforderlich. Bei der Erhebung richten wir uns nach den gesetzlichen Vorgaben (vgl. § 94 SGB XI). Ihre persönlichen Daten unterliegen dem Datenschutz (vgl. § 67 ff. SGB X). Liegt ein Beihilfeanspruch vor und sind rentenversicherungspflichtige Pflegepersonen vorhanden, werden diese an die Beihilfestelle zur Aufnahme der Beitragszahlung gemeldet.

13. Hinweise zur Mitwirkung

Damit wir unsere Aufgabe rechtmäßig erfüllen können, ist Ihr Mitwirken nach §§ 7, 28 SGB XI, § 60 SGB I erforderlich. Sie sind dazu verpflichtet alle Tatsachen anzugeben, die für die Leistung erheblich sind. Änderungen in den Verhältnissen, die für die Leistung maßgeblich sind oder die im Zusammen mit dieser Erklärung abgegeben worden sind, sind unverzüglich mitzuteilen. Fehlt Ihre Mitwirkung, kann dies zu Nachteilen (z. B. bei den Leistungsansprüchen) führen. Wir verweisen auf die Folgen fehlender Mitwirkung nach § 66 SGB I.

14. Angaben zu Mitwirkenden

Bei diesem Antrag hat mitgewirkt:

Name, Vorname		
Straße, Hausnummer		
PLZ, Ort		
Telefonnummer / Mobilnummer		

15. Unterschrift Pflegebedürftiger, Betreuer oder Bevollmächtigter

Datum

Name, Vorname

Unterschrift