

## Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung

Seite 1

Name, Vorname      Versicherten      Geburtsdatum      Versicherten-Nr.

Anschrift      Telefon

### 1. In den letzten 10 Jahren war ich bei folgenden Pflegekassen versichert

(Bitte unbedingt ausfüllen! – Hinweis: Anspruch auf Leistungen besteht nur dann, wenn in den letzten zehn Jahren vor der Antragstellung mindestens zwei Jahre eine Versicherung bestand):

Name, Anschrift	versichert von - bis	Versicherten-Nr.
SKD BKK	- laufend	
	-	

### 2. Ich beantrage die folgende/n Leistung/en:

- Sachleistung Hilfe/Unterstützung durch einen Pflegedienst
- Geldleistung Pflegegeld bei Hilfe/Unterstützung durch Angehörige oder Bekannte
- Kombinationsleistung Sie möchten die Sachleistung nur zum Teil nutzen und sich im Übrigen von einem Angehörigen pflegen lassen.
- Vollstationäre Pflege
- Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen
- Teilstationäre Pflege Tages- oder Nachtpflege
- Pflegeleistungen in einer häuslichen Wohngruppe mit mehreren nichtverwandten Pflegebedürftigen (Privathaushalt, keine Einrichtung) – Bitte legen Sie eine Auflistung der Mitbewohner mit Namen, Geburtsdatum und Krankenkasse bei.

### 3. Die Pflege wird durchgeführt von

Name und Anschrift der **privaten Pflegeperson** oder des **Pflegedienstes/Pflegeheimes**

ggf. Heimaufnahme am

Die genannte private Pflegeperson pflegt mehrere Pflegebedürftige

Ja     Nein

### 4. Mein behandelnder Arzt ist:

Name und Anschrift

### 5. Der Begutachtungstermin soll bitte mit folgender Person vereinbart werden:

Name, Vorname, Adresse, Telefon (falls nicht o.g. Versicherter)

Antragsteller(in): , geb. am:

**6. Ich habe nach beamtenrechtlichen Vorschriften Anspruch auf Beihilfe bzw. freie Heilfürsorge** nein ja, weil ich in einem öffentlich-rechtlichen Dienstverhältnis (z.B. als Beamter, Berufssoldat, Polizist) stehe/stand ich eine Hinterbliebenenversorgung aus einem öffentlich-rechtlichen Dienstverhältnis meines Ehepartners / eines Elternteils erhalte mein Ehepartner / ein Elternteil im öffentlichen Dienst beschäftigt ist/war

Name und Anschrift der Beihilfestelle

Aktenzeichen

**7. Ursachen der Pflegebedürftigkeit** Arbeitsunfall/Berufskrankheit medizinischer Behandlungsfehler Versorgungsleiden/Kriegsschaden fremdverschuldeter Unfall**8. Ich erhalte oder erwarte bereits Pflegeleistungen von** der Unfallversicherung dem Sozialamt dem Versorgungsamt der Beihilfestelle einem ausländischen Leistungsträger

Name und Anschrift des Leistungserbringers

Aktenzeichen

**9. Leistungen/Erstattungen sind bitte auf folgendes Konto zu überweisen:**

IBAN

BIC

Geldinstitut

Kontoinhaber

**Erklärung des Versicherten:** Ich bin damit einverstanden, dass der Pflegekasse und dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung von den Personen, die mich pflegen, Auskünfte erteilt werden. Ich bin damit einverstanden, dass dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung von meinem behandelnden Arzt, von Krankenhäusern und von den mich pflegenden Personen ärztliche Berichte, Gutachten und Befunddokumentationen zur Verfügung gestellt werden. Ich bin ferner damit einverstanden, dass die Krankenkasse und Pflegekasse personenbezogene Daten, die ihnen von einem Arzt zugänglich gemacht worden sind, im erforderlichen Umfang gemeinsam verarbeiten und nutzen (§§ 93 ff. SGB XI).

Bei diesem Antrag hat mitgewirkt:

Name, Vorname	Telefonnummer
Anschrift	Stellung zum Pflegebedürftigen (z.B. Bevollmächtigter)

**X**

Datum, Unterschrift des Versicherten

bzw. des gesetzlichen Vertreters oder Bevollmächtigten (Bitte Kopie des Betreuerausweises/der Vollmacht beifügen!)

**Datenschutzhinweis:** Die Datenerhebung beruht auf § 67a Sozialgesetzbuch, Zehntes Buch (SGB X) i. V. m. § 60 Sozialgesetzbuch, Erstes Buch (SGB I) und ist zur Entscheidung über die Gewährung der beantragten Leistung(en) erforderlich. Die Angabe der E-Mail-Adresse und Telefonnummer ist freiwillig. Weitere Informationen über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten durch uns und über Ihre Rechte nach der EU-Datenschutz-Grundverordnung erhalten Sie auf unserer Homepage unter [www.skdbkk.de/555-0-Datenschutzrecht-EU-DSGVO](http://www.skdbkk.de/555-0-Datenschutzrecht-EU-DSGVO).

KV-Nr.:

## Beratungsgutschein

zurück an die

### SKD BKK Pflegekasse

Schultesstr. 19 A  
97421 Schweinfurt

**Ja,** ich \_\_\_\_\_

(Name, Vorname, ggf. Verwandtschafts- bzw. Betreuungsverhältnis zum Pflegebedürftigen)

bitte um Ihren Rückruf, denn ich habe Interesse

- an einer telefonischen Beratung zu den Leistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung.\*
- an einer Pflegeberatung (nach § 7a SGB XI) innerhalb von zwei Wochen ab Antragseingang in häuslicher Umgebung.\*

\* Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten zur Durchführung der telefonischen Beratung / persönlichen Pflegeberatung nach §§ 7, 7a und 7b SGB XI gegebenenfalls an den Dienstleister der SKD BKK Pflegekasse weitergeleitet werden.

Ich bin erreichbar unter der \_\_\_\_\_

(Telefonnummer)

\_\_\_\_\_  
Ort/Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift