

Bitte zurück an:

SKD BKK Pflegekasse
Hauptverwaltung
Schultesstraße 19 A
97421 Schweinfurt

Antrag auf Erhöhung der Pflegeleistungen

Antragsdatum:

Persönliche Daten des Pflegebedürftigen

Name, Vorname, Geburtstag des Pflegebedürftigen	Krankenversichertennummer
Anschrift des Pflegebedürftigen	Telefon

Ich beantrage die Zuteilung eines höheren Pflegegrades ab _____

Die Einschränkung meiner Selbständigkeit hat in folgenden Bereichen zugenommen:

--

Mein behandelnder Arzt ist (bitte nur ausfüllen, falls kein ärztliches Attest beiliegt):

Name und Anschrift des Haus-/Facharztes

Bitte vereinbaren Sie den Begutachtungstermin mit:

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

Ergänzende Angaben (bitte nur ausfüllen, falls aktuell Pflegegrad 1 vorliegt):

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Geldleistung (Pflegegeld) | <input type="checkbox"/> Sachleistung (Pflegedienst) |
| <input type="checkbox"/> Kombinationsleistung (Sach- und Geldleistungen) | <input type="checkbox"/> vollstationäre Leistungen (in einem Pflegeheim) |

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).

Datum

Unterschrift des Versicherten bzw. des Bevollmächtigten
(Bitte Vollmacht bzw. Betreuerausweis 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.

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