

Bitte zurück an:

BKK Faber-Castell & Partner
Formularservice
Bahnhofstraße 45
94209 Regen

Telefon
09921 9602-0
Telefax
09921 9602-19

E-Mail
regen@bkk-faber-castell.de

Den **Antrag auf Leistungen der vollstationären Pflege**
finden Nutzer unseres Download-Centers auf den Folgeseiten.

Bitte gehen Sie wie folgt vor:

1. Füllen Sie den Antrag an Ihrem PC aus.
2. Drucken Sie das Formular.
3. Unterschreiben Sie den gewünschten Antrag.
4. Senden Sie den Antrag an die oben angegebene Adresse.

Ihre BKK Faber-Castell & Partner

Antrag auf Leistungen der vollstationären Pflege nach § 43 SGB XI

Erstantrag

Antrag auf Höherstufung

Ihre persönlichen Daten

Name, Vorname, Geburtstag des Versicherten, Krankenversicherungsnummer

Anschrift

Die Daten der Pflegeeinrichtung

Name und Anschrift der Pflegeeinrichtung

Tag der Aufnahme

Umfang der Pflege

Ich erhalte Hilfe in den Bereichen

Ernährung

Körperpflege

Bewegung

sonstiges

Bisherige Pflegeleistungen

Ich erhalte bisher keine Pflegeleistungen

Ich erhalte bereits von der Pflegekasse Leistungen

Ich erhalte bereits von einem anderen Träger Pflegeleistungen

Name und Anschrift (z. B. Sozialamt, Versorgungsamt, Berufsgenossenschaft)

Pflegestufe, Beginn der Leistung

Ich bin seit dem 01.01.1995 **nicht** durchgehend bei der BKK Faber-Castell pflegeversichert

Name der vorherigen Pflegekasse:

Ich bin pflegebedürftig wegen

eines Unfalls eines Arbeitsunfalls, einer Berufskrankheit sonstige Gründe

einer vermuteten oder festgestellten ärztlichen Fehlbehandlung

Ich habe nach beamtenrechtlichen Vorschriften Anspruch auf Beihilfe oder Heilfürsorge

Ich wurde von der Pflegekasse über die Leistungen des Sozialgesetzbuches Elf (SGB XI) Pflegeversicherungsgesetz unterrichtet, beraten und aufgeklärt. Ich möchte alle Aufklärungsunterlagen darüber erhalten.

Ich wünsche eine Pflegeberatung gemäß § 7a SGB XI (Pflegeberater) im häuslichen Bereich!

ja

nein

Damit der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) die Begutachtung im Rahmen eines Besuches bei Ihnen reibungslos organisieren kann, bitten wir Sie um die nachfolgenden Angaben:

Frühestmöglicher Begutachtungstermin

Zeitraum, in dem eine Begutachtung aus zwingenden Gründen nicht möglich ist

bis

(z.B. wegen eines Krankenhausaufenthaltes, einer Rehabilitation, einer Kurzzeitpflege, etc.):

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

Pflegeperson

Name

Vorname

Straße und Hausnummer

Postleitzahl

Wohnort

Telefon/Mobiltelefon

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

Ich bin damit einverstanden, dass mein behandelnder Arzt ärztliche Berichte, Gutachten und Befunddokumentationen zur Überprüfung der Anspruchsvoraussetzungen zur Verfügung stellt. Bitte beachten Sie, dass eine fehlende Einwilligung aufgrund Ihrer gesetzlichen Mitwirkungspflicht ggf. zu Nachteilen bei der Leistungsgewährung führen kann (§ 66 SGB I).

Datum

Unterschrift

Datenschutzhinweis: Ich bin darüber informiert, dass mein Antrag auf Leistungen nach Pflegeversicherungsgesetz an den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) weitergeleitet wird. Die Daten werden nach Art. 5,6 EU DSGVO i.V.m. § 60 SGB I und § 94 SGB XI erhoben.