

An
R+V Betriebskrankenkasse
Team Pflege
65215 Wiesbaden

Datum: _____



Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung

1. Angaben zur pflegebedürftigen sowie zur betreuenden oder bevollmächtigten Person

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

Ich habe eine betreuende Person	☐ Ja (bitte Kopie des Betreuerausweis beifügen)	
Ich habe eine bevollmächtigte Person	☐ Ja (bitte Vollmacht beifügen)	
Name, Vorname		
Straße, Hausnummer		
PLZ, Ort		
Telefonnummer / Mobilnummer		

2. Angaben zum Antrag und Pflegeleistungen (bitte kreuzen Sie an)

Hiermit beantrage ich erstmalig Leistungen der Pflegeversicherung.

Ich möchte folgende Leistungsart beziehen:

- ☐ 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 anteilig.

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, Verbandswechsel)
- ☐ 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“ auszufüllen:

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

☐ Eigene Versicherung		☐ Familienversichert
☐ Gesetzlich versichert		☐ Privatversichert
vom: _____	bis: _____	Versicherung: _____
vom: _____	bis: _____	Versicherung: _____

8. Angaben bei Zuzug nach Deutschland *(wenn nicht zutreffend, überspringen)*

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		

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 BKK 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 Stellen wie z. B. die behandelnde Arztpraxis übermittelt wird.

☐ Ja ☐ Nein

2. Ich bin mit der Weiterleitung der in dem Pflegegutachten ggfs. ausgesprochenen Empfehlung zur **Heilmittelversorgung** durch die R+V BKK an die behandelnde Arztpraxis einverstanden.

☐ Ja ☐ Nein

Bei Einverständnis („Ja“) anzugeben:

Name der behandelnden Arztpraxis		
Anschrift		

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

☐ Ja ☐ Nein

11. Einwilligungserklärung, Datenschutzhinweis und Mitwirkungspflicht

Gemäß § 18 Abs. 4 SGB XI können erforderliche Auskünfte sowie die Weiterleitung begutachtungsrelevanter Unterlagen durch die Pflegekasse und Leistungserbringer an den medizinischen Dienst zur Durchführung der Begutachtung erfolgen.

Ferner bin ich gemäß § 18a Abs. 9 SGB XI damit einverstanden, dass der Medizinische Dienst zur Durchführung der Begutachtung meine behandelnde Arztpraxis einbezieht, sowie für die Begutachtung relevante ärztliche Auskünfte und Unterlagen einholt.

Damit wir unsere Aufgabe rechtmäßig erfüllen können, ist Ihr Mitwirken nach § 60 SGB I unter Angabe wahrheitsgemäßer Tatsachen erforderlich. Fehlt Ihre Mitwirkung, kann dies zu Nachteilen (z. B. bei den Leistungsansprüchen) führen. Wir verweisen auf die Folgen fehlender Mitwirkung nach § 66 SGB I. Bei der Erhebung der zur Antragsprüfung erforderlichen Daten 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.

Weitere Hinweise zum Datenschutz finden Sie unter www.ruv-bkk.de/datenschutz

12. Angaben zu Mitwirkenden

Bei diesem Antrag hat mitgewirkt:

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

13. Unterschrift pflegebedürftige, betreuende oder bevollmächtigte Person

Datum Name, Vorname Unterschrift