

An  
R+V Betriebskrankenkasse  
Team Pflege  
65215 Wiesbaden

Datum: \_\_\_\_\_



## Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung – Höherstufungsantrag

Name, Vorname	
Anschrift	
Geburtsdatum	
Versichertennummer	

Hiermit beantrage ich die Begutachtung der Pflegebedürftigkeit für einen höheren Pflegegrad wegen verändertem Hilfebedarf (*Höherstufung*).

Telefonnummer für ggfs. bestehende Rückfragen (*optional*): \_\_\_\_\_

### Ich beantrage Hilfen in Form von:

Ich möchte folgende Leistungsart beziehen:

- Geldleistung/Pflegegeld – 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.

Geldleistungen sollen an folgende Bankverbindung gezahlt werden (*auch bei Kombinationsleistungen anzugeben*):

Kreditinstitut (Name): \_\_\_\_\_

IBAN

*Die IBAN in Deutschland besteht aus 22 Zeichen (2-stelliger Ländercode, 2-stellige Prüfzahl, 8-stellige Bankleitzahl, 10-stellige Kontonummer), internationale IBANs können bis zu 31 Zeichen umfassen.*

BIC

*(8 oder 11-stellig)*

Kontoinhabende Person \_\_\_\_\_

Es bestehen Ansprüche auf Beihilfe oder Heilfürsorge im Pflegefall:

- Ja
- Nein

Die Pflege wird durchgeführt von einem/einer:

- Pflegedienst, Pflegeheim, Tagespflegeeinrichtung, Einrichtung für Menschen mit Behinderung.

Der Pflegedienst/die Einrichtung ist tätig seit dem \_\_\_\_\_

Name der Einrichtung/ des Pflegedienstes	
Straße, Hausnummer	
PLZ, Ort	
Telefonnummer	

- Private Pflegeperson

	Pflegeperson 1	Pflegeperson 2	Pflegeperson 3
Name, Vorname			
Straße, Haus-Nr. PLZ, Ort			
Geburtsdatum			
Telefonnummer			
Ist die Pflegeperson neben der Pflgetätig- keit 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 unter- schiedlichen 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 Pflegeper- son 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 _____

### 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

**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](http://www.ruv-bkk.de/datenschutz)

---

Datum, Unterschrift pflegebedürftige, betreuende oder bevollmächtigte Person

**Bei diesem Antrag hat mitgewirkt:**

---

Name, Vorname, Anschrift, Tel.-Nr., Stellung zur pflegebedürftigen Person (z. B. betreuende Person)