

Zurück an:

BKK evm  
Schützenstraße 80-82  
56068 Koblenz

Antragsdatum:

**Erstantrag auf Leistungen der Pflegeversicherung**

für das Mitglied       für den Familienangehörigen

I. Personalien	
Vorname, Name, Geburtstag der/des Versicherten	Versichertennummer
Anschrift der/des Versicherten	Telefon-Nr.
Vorname, Name, Geburtstag des Angehörigen – falls Patient –	Versichertennummer
Anschrift des Patienten	Telefon-Nr.

Anspruch auf Leistungen besteht, wenn in den letzten zehn Jahren vor der Antragstellung mindestens zwei Jahre eine Versicherung bestand. In den letzten 10 Jahren war ich bei folgenden Pflegekassen versichert:

Name, Anschrift	von bis versichert	Versichertennummer

**Ich beantrage**

- vollstationäre Pflege       Behindertenhilfe  
 Sachleistung       Geldleistung       Kombinationsleistung <sup>\*)</sup>

<sup>\*)</sup> Wenn Sie die Kombinationsleistung wählen, erhalten Sie die Geldleistung und die Sachleistung jeweils teilweise.

Bitte senden Sie mir eine Kopie des Gutachtens.

**II. Die Pflege wird durchgeführt von**

Name des Hilfsdienstes / der Sozialstation / der Einrichtung	Aufnahme in Einrichtung am
Anschrift des Hilfsdienstes / der Sozialstation / der Einrichtung	Telefon-Nr.
Name der Pflegeperson	
Anschrift der Pflegeperson	Telefon-Nr.

<b>III. Hilfebedarf besteht im Bereich</b>	
<input type="checkbox"/> Körperpflege	<input type="checkbox"/> Ernährung
<input type="checkbox"/> Mobilität	<input type="checkbox"/> Hauswirtschaftliche Versorgung
<input type="checkbox"/> Sonstiges _____	
<b>IV. Ich erhalte bereits Pflegegeld von</b>	
<input type="checkbox"/> der Unfallversicherung	<input type="checkbox"/> dem Sozialamt
<input type="checkbox"/> dem Versorgungsamt	<input type="checkbox"/> der Beihilfestelle
<input type="checkbox"/> der Landesblindengeldstelle	<input type="checkbox"/> ausländischem Leistungsträger
<b>V. Behandelnder Arzt</b>	
Name des Arztes / Facharztes	Telefon-Nr.
Anschrift des Arztes / Facharztes	
<b>VI. Leistungen/Erstattungen bitte auf folgendes Konto überweisen:</b>	
Name des Geldinstituts	
IBAN	BIC
Kontoinhaber	
<p>Ich bin damit einverstanden, dass der Pflegekasse und dem Medizinischen Dienst von dem oben genannten, mich behandelnden Arzt, Krankenhäusern und den mich betreuenden Pflegepersonen Auskünfte sowie 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).</p> <p>Falls Sie nicht damit einverstanden sind, streichen Sie bitte diesen Abschnitt durch. Sofern Sie die Einwilligung verweigern, kann dies zu Nachteilen bei der Leistungserbringung führen (§ 66 SGB I).</p>	

Bei diesem Antrag hat mitgewirkt:

\_\_\_\_\_  
 Name, Vorname, Stellung zum Pflegebedürftigen (z. B. Bevollmächtigter)

\_\_\_\_\_  
 Anschrift, Tel.-Nr.

\_\_\_\_\_  
 Datum

\_\_\_\_\_  
 Unterschrift der Versicherten

**Datenschutzhinweis (§ 67a SGB X):** Damit wir unsere Aufgabe rechtmäßig erfüllen können, ist Ihr Mitwirken nach §§ 7, 28 SGB XI, § 60 SGB I erforderlich. Ihre Daten sind in vorliegendem Falle aufgrund § 94 SGB XI zu erheben. Fehlt Ihre Mitwirkung, kann dies zu Nachteilen (z. B. bei den Leistungsansprüchen) führen.