

ANTRAG

AUF LEISTUNGEN DER PFLEGEVERSICHERUNG



BITTE VOLLSTÄNDIG AUSFÜLLEN!

ANGABEN ZUR PERSON		Bitte vollständig ausfüllen!
Name:	Vorname:	
Geburtsdatum:	Versicherten-Nr.:	
Anschrift:		
Telefon:	E-Mail:	

Ich beantrage:

Sachleistung Geldleistung Kombinationsleistung* vollstationäre Pflege

Pflege in vollstationären Einrichtungen der Behindertenhilfe

* Wenn Sie die Kombinationsleistung wählen, erhalten Sie die Geld- und die Sachleistung entsprechend anteilig.

Die Pflege wird durchgeführt von:
<input type="checkbox"/> Pflegedienst/Pflegeheim Aufnahme am: <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Pflegeperson (bei Geldleistung)
Name, Anschrift und Telefon des Pflegedienstes/Pflegeheimes bzw. der Pflegeperson:
<input type="text"/>
<input type="text"/>
Hilfebedarf besteht im Bereich:
<input type="checkbox"/> Mobilität <input type="checkbox"/> kognitive und kommunikative Fähigkeiten <input type="checkbox"/> Selbstversorgung
<input type="checkbox"/> Verhaltensweisen und psychische Problemlagen <input type="checkbox"/> Gestaltung des Alltagslebens und soziale Kontakte
<input type="checkbox"/> Umgang mit krankheits-/therapiebedingten Anforderungen
Ich erhalte bereits Pflegegeld von:
<input type="checkbox"/> der Unfallversicherung <input type="checkbox"/> dem Sozialamt <input type="checkbox"/> dem Versorgungsamt <input type="checkbox"/> der Beihilfestelle <input type="checkbox"/> andere
Name, Anschrift und Aktenzeichen:
<input type="text"/>
Ich habe Anspruch auf Beihilfe: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Beihilfestelle/Aktenzeichen:
Name und Anschrift des Hausarztes (Facharztes):
<input type="text"/>

Bitte beachten Sie unbedingt die Hinweise auf Seite 4!

Um die Begutachtung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) im Rahmen eines Besuches bei Ihnen reibungslos organisieren zu können, bitten wir Sie um die nachfolgenden Angaben.

BITTE VOLLSTÄNDIG AUSFÜLLEN!

ANGABEN ZUR PERSON

 Bitte vollständig ausfüllen!

Name:

Versicherten-Nr.:

Frühestmöglicher Begutachtungstermin:

Zeitraum, in dem eine Begutachtung aus **zwingenden** Gründen **nicht** möglich ist (z. B. wegen eines Krankenhausaufenthaltes, einer Rehabilitation, einer Kurzzeitpflege etc.):

von: bis:

von: 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:

Anschrift:

Telefon:

Gibt es weitere Besonderheiten, über die Sie den MDK noch informieren möchten?

Einwilligungserklärung

Ich bin damit einverstanden, dass der Pflegekasse und dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) vorhandene ärztliche Berichte, Gutachten und Befunddokumentationen zur Verfügung gestellt werden. Ich bin ferner damit einverstanden, dass Kranken- und Pflegekasse personenbezogene Daten, die ihnen von einem Arzt zugänglich gemacht worden sind, im erforderlichen Umfang gemeinsam verarbeiten und nutzen (§ 96 Abs. 2 SGBXII).

X

X

Ort, Datum

 Unterschrift des Versicherten, des gesetzlichen Vertreters oder Bevollmächtigten

Bitte beachten Sie unbedingt die Hinweise auf Seite 4!

Wichtig!

Ihre Mitwirkungspflichten!

Die Pflegekasse hat dem Antragsteller im Regelfall bei einem Erstantrag innerhalb von 25 Arbeitstagen nach Antragseingang die Entscheidung über seinen Antrag mitzuteilen. Dafür ist es notwendig, so schnell wie möglich eine Begutachtung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) einzuleiten bzw. durchzuführen. Um die Begutachtung durchführen zu können, benötigt die Pflegekasse aber zwingend verschiedene Daten, die sich nur aus diesem schriftlichen Antrag ergeben (z. B. welche Leistung beantragt wird, Daten zum Hausarzt, frühestmöglicher Begutachtungszeitpunkt, Zeiten einer Krankenhausbehandlung, Rehabilitation oder Kurzzeitpflege, Angaben zu Personen, die bei der Begutachtung dabei sein oder informiert werden sollen, tatsächliche Willensbekundung des Pflegebedürftigen, des Bevollmächtigten, seines Betreuers oder gesetzlichen Vertreters).

Eine Verzögerung der Bearbeitung hat die Pflegekasse insbesondere nicht zu vertreten, wenn

- zwingend notwendige Daten fehlen, die im Antrag abgefragt werden (siehe oben).
- sich der Antragsteller zum angekündigten bzw. vereinbarten Termin im Krankenhaus oder einer vollstationären Rehabilitations-Einrichtung befindet.
- sich der Antragsteller von Antragsbeginn bis auf unbestimmte Zeit im Krankenhaus oder einer vollstationären Rehabilitations-Einrichtung befindet. Daher ist eine Vereinbarung eines Begutachtungstermins im häuslichen Bereich nicht möglich.
- der Antragsteller den angekündigten bzw. vereinbarten Termin wegen eines wichtigen Behandlungstermins abgesagt hat.
- der Antragsteller den angekündigten bzw. vereinbarten Termin aus sonstigen Gründen abgesagt hat.
- der Antragsteller zum angekündigten bzw. vereinbarten Termin verzogen ist.
- der Antragsteller zum angekündigten bzw. vereinbarten Termin nicht angetroffen wurde.
- der Wohnsitz des Antragstellers nicht im Inland ist.
- der Hausbesuch wegen Verständigungsschwierigkeiten (z. B. Muttersprache) abgebrochen werden musste.
- der Antragsteller verstorben ist.
- der Hausbesuch wegen Gewaltandrohung oder ähnlich schwerwiegender Gründe abgebrochen werden musste.

Wir weisen daher ausdrücklich auf Ihre Mitwirkungspflicht nach § 60 SGB I hin.

Sie sind verpflichtet, uns jeden Eintritt oder Wegfall oben beschriebener Verzögerungsgründe unverzüglich mitzuteilen. Erst nachdem Sie uns vom Wegfall des Verzögerungsgrundes informiert haben (z. B. schriftlicher Antragseingang, Entlassung aus dem Krankenhaus, Entlassung aus der Rehabilitations-Einrichtung etc.), können wir eine schnellstmögliche Begutachtung durch den MDK gewährleisten und über Ihren Antrag entscheiden.