Zurück an:

BKK Diakonie
Krankenkasse für soziale Berufe

BKK Diakonie
Königsweg 8
33617 Bielefeld

Erstantrag auf Leistungen der Pflegeversicherung

I. Personalien	
Vorname, Name, Geburtstag des/der Versicherten , geboren am	Versichertennummer
Anschrift des Versicherten	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

☐ Sachleistung ☐ Geldleistung ☐ Kombinationsleistung *)

*) 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	Heimaufnahme am
Anschrift des Hilfsdienstes / der Sozialstation	Telefon-Nr.
Name der Pflegeperson	
Anschrift der Pflegeperson	Telefon-Nr.

BKK Diakonie
Krankenkasse für soziale Berufe

III. Hilfebedarf besteht im Bereich

☐ Körperpflege ☐ Ernährung ☐ Mobilität ☐ Hauswirtschaftliche Versorgung

☐ Sonstiges _____

IV. Ich erhalte bereits Pflegegeld von

☐ der Unfallversicherung ☐ dem Sozialamt ☐ dem Versorgungsamt

☐ der Beihilfestelle ☐ der Landesblindengeldstelle ☐ ausländischem Leistungsträger

V. Behandelnder Arzt

Name des Arztes / Facharztes | Telefon-Nr.

Anschrift des Arztes / Facharztes

VI. Leistungen/Erstattungen bitte auf folgendes Konto überweisen:

Name des Geldinstituts

IBAN | **BIC**

Kontoinhaber

Ich bin damit einverstanden, dass der Pflegekasse und dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung 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).

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).

Bei diesem Antrag hat mitgewirkt:

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

Anschrift, Tel.-Nr.

Besteht für die pflegebedürftige Person ein Anspruch auf Beihilfe? JA [ ] NEIN [ ]

Datum | Unterschrift des/der Versicherten

Datenschutzhinweis (§ 67a Abs. 3 SGB X): Damit wir unsere Aufgaben erfüllen können, ist Ihr Mitwirken nach §§ 7, 28 SGB XI und § 60 SGB I erforderlich. Ihre Daten sind im vorliegenden Fall aufgrund § 94 SGB XI zu erheben. Fehlt Ihre Mitwirkung, kann dies zu Nachteilen (z. B. bei den Leistungsansprüchen) führen.