

Keine Lust auf Papier?

Dieses Formular können Sie online ausfüllen, speichern und über Ihr digitales Postfach in „Meine Daimler“ über die Daimler BKK App oder die Website an uns übertragen.

Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung – stationär

Ihre Versichertendaten

Nachname

Vorname

T T M M J J J J J J

Geburtsdatum

| | | | | | | | | | | |

Versichertennummer (Diese Angabe ist freiwillig)

Betreuer:in oder gesetzliche/-r Vertreter:in (Bitte Kopie des Betreuerausweises/der Vollmacht beifügen)

Nachname

Vorname

Straße Hausnummer

PLZ Ort

Telefon (Diese Angabe ist freiwillig)

Bankverbindung:

Nachname, Vorname Kontoinhaber:in

Name des Kreditinstitutes

| | | | | | | | | | | |

IBAN

| | | | | | | |

BIC

Erstantrag auf Leistungen der Pflegeversicherung Antrag auf Änderung des Pflegegrades

1. Ich beantrage stationäre Leistungen für

vollstationäre Pflege in einem vertraglich zugelassenen Pflegeheim vollstationäre Pflege in einer Einrichtung der Behindertenhilfe

Name und Anschrift der Pflegeeinrichtung

Aufnahmetag: T T M M J J J J J J

1.1 Ich erhalte spezialisierte ambulante Palliativ-Versorgung: Ja Nein

2. Ich habe Anspruch auf Beihilfe/Heilfürsorge nach beamtenrechtlichen Vorschriften:

Ja, Beihilfestelle: _____ Nein

3. Ich erhalte bereits Pflegeleistungen von (Bitte entsprechenden Bescheid beifügen)

dem Sozialamt der Unfallversicherung dem Versorgungsamt einem ausländischen Leistungsträger

Erklärung: Der Umfang Ihrer Pflegebedürftigkeit wird durch Fachpersonal des Medizinischen Dienstes oder durch unabhängige Gutachter festgestellt. In der Regel erfolgt die Begutachtung bei Ihnen zu Hause. Für die Gutachter ist es bei der Beurteilung oftmals hilfreich, wenn sie von Ihren behandelnden Ärzten Auskünfte oder medizinische Unterlagen erhalten. Ich entbinde meine behandelnden Ärzte, die mich betreuenden Pflegekräfte, die stationäre Pflegeeinrichtung sowie den von mir in Anspruch genommenen Pflegedienst von ihrer Schweigepflicht, soweit deren Unterlagen und Auskünfte zur Aufgabenerfüllung der Pflegekasse und/oder des Medizinischen Dienstes und/oder eines unabhängigen Gutachters für den konkreten Einzelfall benötigt werden. Dieses Einverständnis gilt auch für eventuell erforderliche Nachuntersuchungen. Diese Erklärung gebe ich freiwillig. Erteile ich sie nicht, entstehen mir keine Nachteile hinsichtlich meiner Leistungsansprüche. Allerdings kann meine Versorgung ohne diese Erklärung unter Umständen nicht optimal und individuell auf meine Bedürfnisse angepasst erfolgen.

Diese Erklärung kann ich jederzeit für die Zukunft widerrufen. Ich nehme zur Kenntnis, dass die für die Beantragung von Leistungen bei anderen Sozialleistungsträgern (z. B. beim Integrationsamt) benötigten Begutachtungsunterlagen dem entsprechenden Sozialleistungsträger auf Anfrage zur Verfügung gestellt werden. Mir ist bekannt, dass ich der Übermittlung jederzeit formlos widersprechen kann.

T T M M J J J J J J

Datum

Unterschrift des/der Pflegebedürftigen

Telefonnummer (Diese Angabe ist freiwillig)

Falls nicht möglich: **Unterschrift der/des Bevollmächtigten**
Eine Unterschrift ist nicht notwendig, wenn Sie den Antrag über
Meine Daimler BKK“ hochladen.

Datenschutzhinweis: Ihre persönlichen Daten (Sozialdaten) benötigen wir, um unsere Aufgaben für Sie ordnungsgemäß erledigen zu können. Nach § 284 Sozialgesetzbuch (SGB) V in Verbindung mit § 60 SGB I sind wir berechtigt, die Daten zu erheben und Sie zur Mitwirkung verpflichtet. Die Nennung von Telefonnummer und E-Mail-Adresse ist freiwillig. Ihre Angaben werden vertraulich behandelt und unterliegen dem Datenschutz. Weitere Informationen über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten durch uns und Ihre Rechte nach der EU-Datenschutz-Grundverordnung finden Sie auf unserer Homepage www.daimler-bkk.com, Webcode 139d.