Wichtig: Dieses Formular können Sie online ausfüllen, speichern und über das Online-Kundencenter „Meine Mercedes-Benz BKK“ an uns übertragen. Nutzen Sie dafür einfach Ihr digitales Postfach.
Wenn Sie ein Mobilgerät nutzen, können Sie über die QR-Codes rechts in die App wechseln und das Dokument über Ihr digitales Postfach an uns übertragen. Anträge können Sie nur für sich selbst übermitteln.
Geht es um Formulare für andere, muss der Antrag ausgedruckt, von der betreffenden Person unterschrieben und per Post eingeschickt werden.

Google Play Store

Apple App Store

Mercedes-Benz BKK:
Antrag auf stationäre Leistungen der Pflegeversicherung

Ihre Versichertendaten

Nachname

Vorname

Datum

Geburtsdatum

Versichertennummer

Betreuer/gesetzlicher Vertreter/Bevollmächtigte Person
(Bitte Kopie des Betreuerausweises/der Vollmacht beifügen)

Nachname

Vorname

Telefonnummer

Anschrift (Straße Hausnummer, PLZ Ort)

☐ **Erstantrag auf Leistungen der Pflegeversicherung** (Ich besitze noch keinen Pflegegrad)

☐ **Antrag auf Änderung des Pflegegrades** (Ich möchte meinen bestehenden Pflegegrad ändern)

☐ **Keine Änderung des bestehenden Pflegegrades** (Ich möchte lediglich Leistungen der stationären Pflege beantragen)

1. Ich beantrage stationäre Leistungen:

☐ **Vollstationäre Pflege** (in einem vertraglich zugelassenen Pflegeheim)

☐ **Vollstationäre Pflege in einer Einrichtung der Behindertenhilfe**

Name und Anschrift des Pflegeeinrichtung:

Name der Pflegeeinrichtung

Anschrift (Straße Hausnummer, PLZ Ort)

Aufnahmetag:

Mercedes-Benz BKK:
Antrag auf stationäre Leistungen der Pflegeversicherung

Versichertennummer

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.

Datum | **Unterschrift des/der Pflegebedürftigen** | Telefonnummer (Diese Angabe ist freiwillig)

Falls nicht möglich: _____
Unterschrift des/der Bevollmächtigten

Datenschutzhinweis: Ihre persönlichen Daten (Sozialdaten) benötigen wir, um unsere Aufgaben für Sie ordnungsgemäß erledigen zu können. Nach § 284 Sozialgesetzbuch (SGB) V in Verbindung mit § 206 SGB V, sowie nach § 94 und § 50 SGB XI 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 Website mercedes-benz-bkk.com, Webcode 139d.
Chancengleichheit, Vielfalt, Offenheit und Respekt gehören zu unseren Grundüberzeugungen. Grundsätzlich schließen alle gewählten Begriffe alle Geschlechter und Identitäten ein.

Mercedes-Benz BKK

VALUNY GmbH
Brunnenstr. 15-17
45128 Essen

Mercedes-Benz BKK
28178 Bremen

Beratungsgutschein – Pflegeberatung nach § 7b SGB XI
für eine qualifizierte Beratung durch einen Pflegeberater. Auf Wunsch gerne bei Ihnen zu Hause, per Video oder Telefon möglich.

Inhalte der Beratung können sein:

- Unterstützung bei der Stellung notwendiger Anträge
- Vorbereitung auf die Begutachtung des Medizinischen Dienstes
- Allgemeine Beratung zu Leistungen der Pflegeversicherung, Gestaltung des Wohnumfeldes und der Organisation von Hilfsmitteln
- Entlastungsmöglichkeiten für pflegende Angehörige
- Hilfe bei der Auswahl eines Pflegeheims oder der Suche eines Pflegedienstes
- Information zu individuellen Pflegekursen und Online-Pflegekursen
- Pflege effizient planen und Hilfsangebote nutzen
- Tipps zur Gesundheitsförderung und Sturzprävention
- Erstellung eines Versorgungsplans, in dem Ihr individueller Bedarf aufgeführt ist

Kostenlos einzulösen bei unserem Kooperationspartner VALUNY GmbH
Ihr Ansprechpartner: Pflegeteam VALUNY
Pflege-Hotline (kostenfrei): 0800 7237267 (Mo.–Do. 08.00–18.00 Uhr, Fr. 08.00–16.00 Uhr)
E-Mail an: pflegeberatung@valuny.de
Ich wünsche eine qualifizierte Pflegeberatung durch den Vertragspartner VALUNY GmbH und erkläre dies mit meiner Unterschrift:

Datum | **Unterschrift des Versicherten bzw. des Bevollmächtigten** | Telefonnummer (freiwillige Angabe)

Chancengleichheit, Vielfalt, Offenheit und Respekt gehören zu unseren Grundüberzeugungen. Grundsätzlich schließen alle gewählten Begriffe alle Geschlechter und Identitäten ein.