

BKK Grillo Werke
Weseler Str. 1
47169 Duisburg

Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung

Datenschutzhinweis: Diese Daten werden nach § 60 SGB I i.V.m. § 94 SGB XI erhoben.

Personalien		
Name, Vorname, Geburtstag des Versicherten		Versichertennummer
Name, Vorname eines Ansprechpartner / Angehörigen / Betreuer		Versichertennummer
Anschrift des Patienten		Telefon
Beantragt wird		
<input type="checkbox"/> Häusliche Pflege (Sachleistung durch Pflegedienst)	<input type="checkbox"/> Geldleistung (Pflegegeld z.B. Pflege durch Angehörige)	<input type="checkbox"/> Kombinationsleistung * (Sachleistung und Pflegegeld kombiniert)
Bankverbindung		
IBAN	BIC	Name des Konto Inhabers
Die Pflege wird durchgeführt von		
Name des Hilfsdienstes / der Sozialstation		Tel.-Nr.
Anschrift des Hilfsdienstes / der Sozialstation		
Name der Pflegeperson		
Anschrift der Pflegeperson		Tel.-Nr.
Hilfebedarf besteht im Bereich der		
<input type="checkbox"/> Körperpflege	<input type="checkbox"/> Ernährung	<input type="checkbox"/> Mobilität
<input type="checkbox"/> Hauswirtschaftliche Versorgung		
Ich erhalte bereits Pflegegeld von		
<input type="checkbox"/> der Unfallversicherung	<input type="checkbox"/> dem Sozialamt	
<input type="checkbox"/> Sonstige Stelle:		
Ich habe einen Anspruch auf Beihilfe oder freie Heilfürsorge nach beamtenrechtlichen Vorschriften		
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, da ich in einem beamtenrechtlichen Beschäftigungsverhältnis stehe / stand	
<input type="checkbox"/> ja, da ich eine beamtenrechtliche Hinterbliebenenversorgung erhalte		
Der behandelnde Arzt ist		
Name des Hausarztes / Facharztes		Tel. -Nr.
Anschrift des Arztes		

Ich bin damit einverstanden, dass mein o.g. behandelnder Arzt vorhandene ärztliche Berichte, Gutachten und Befunddokumentationen dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung zur Verfügung stellt, soweit sie für die Begutachtung der Pflegebedürftigkeit erforderlich sind. 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).

PFLAMBÜ

Datum _____ Unterschrift des Pflegebedürftigen bzw. des Bevollmächtigten _____ Email-Adresse (freiwillig) _____

Datenschutzhinweis:
 Aufgrund gesetzlicher Regelungen werden Ihre Daten erhoben und verarbeitet. Damit wir unsere gesetzlichen Aufgaben rechtmäßig erfüllen können, ist Ihre Mitwirkung nach §§ 60-67 SGB I erforderlich. Angaben zu Kontaktdaten (Email, Telefonnummer, Faxnummer usw.) sind freiwillig und können jederzeit widerrufen werden.