



Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung

Guten Tag,

beiliegend erhalten Sie Ihren Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung.
Bitte senden Sie uns diesen ausgefüllt und unterschrieben zurück.

Um Ihren Antrag schnellstmöglich bearbeiten zu können, geben Sie uns bitte die Telefonnummer(n) an, unter der wir Sie bzw. die Pflegeperson tagsüber erreichen können.
Wir veranlassen dann eine Begutachtung zur Prüfung der Voraussetzungen beim Medizinischen Dienst (MD).

Bei Bedarf finden Sie eine Leistungs- und Preisübersicht zu Leistungsanbietern im Internet.
Falls wir Leistungen genehmigen können, sind alle unter www.bkk-pflegefinder.de aufgeführten Anbieter befähigt, mit uns abzurechnen.

Unter www.bkk-pflegefinder.de können Sie wahlweise nach einer Pflegeeinrichtung an Ihrem Ort oder im Umkreis einer bestimmten Postleitzahl suchen und/oder direkt den Namen der gesuchten Einrichtung eingeben.

Durch Angabe der gewünschten Pflegeart können Sie Ihre Suche auf Wunsch weiter eingrenzen.
Sollten Sie Leistungs- und Preisvergleichslisten in Papierform wünschen, teilen Sie uns dies bitte einfach mit.

Unser Serviceangebot für Sie

Sind Sie interessiert an einer individuellen Pflegeberatung? Dann vereinbaren Sie einfach innerhalb der nächsten 14 Tage kurzfristig einen konkreten Beratungstermin über uns.

Wir beraten Sie gern auch persönlich rund um das Thema Pflegebedürftigkeit.

EY BKK
Rotenburger Str. 16, 34212 Melsungen

Fon: 05661 70767-0
Fax: 05661 70767-49
Mail: pflege@ey-bkk.de

Ihre Ernst & Young BKK

Zurück an:

Ernst & Young BKK Pflegekasse
Postfach 12 11
34202 Melsungen

Antragsdatum:

Erstantrag auf Leistungen der Pflegeversicherung

I. Personalien	
Vorname, Name, Geburtstag des/r Versicherten	Versichertennummer
Anschrift des/r 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 keine 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.

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 (pflegebedürftige Person oder Bevollmächtigte/r)**

Ich bin damit einverstanden, dass der Pflegekasse und dem Medizinischen Dienst 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. Bevollmächtigte/r)

Anschrift, Tel.-Nr.

Datum

Unterschrift des/r 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.