

Rückantwort an:

IKK Brandenburg und Berlin
Service-Center Berlin - PV
Keithstr. 9/11
10787 Berlin

Allgemeine Angaben des Pflegebedürftigen

Name, Vorname des Versicherten	Geburtsdatum	Krankenversicherungsnummer
_____	_____	_____
Anschrift des Pflegebedürftigen		Telefon *
_____		_____

Angaben zur aktuellen Situation

Wurde bei Ihnen bereits ein Pflegegrad festgestellt?

Ja, ab _____
Pflegegrad _____

Nein, dieser Antrag gilt als Erstantrag auf Leistungen der Pflegeversicherung. Ich wünsche eine Feststellung des Hilfebedarfs durch den Medizinischen Dienst.

Ich beantrage Leistungen der vollstationären Pflege

Ab: _____

In folgendes Pflegeheim werde ich ziehen/ bin ich bereits gezogen:

Name des Pflegeheimes	Telefon
_____	_____
Anschrift des Pflegeheimes	

Erklärung zur Entbindung von der Schweigepflicht (Bitte ankreuzen)

Es kann unter Umständen erforderlich sein, diesen Antrag dem Medizinischen Dienst vorzulegen. Für den Medizinischen Dienst ist es bei der Beurteilung Ihrer Pflegebedürftigkeit oftmals hilfreich, wenn er von Ihren behandelnden Ärzten Auskünfte oder medizinische Unterlagen erhalten kann.

Ja, 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 für den konkreten Einzelfall benötigt werden. Dieses Einverständnis gilt auch für eventuell erforderliche Nachuntersuchungen durch den Medizinischen Dienst. Diese Erklärung kann ich jederzeit für die Zukunft widerrufen.

Nein, mit der Entbindung von der Schweigepflicht bin ich nicht einverstanden.

Datenschutzhinweis

Wir erheben die Daten für die Prüfung des Antrages auf vollstationäre Pflege nach § 43 SGB XI und § 94 SGB XI.

Datum	Unterschrift des Versicherten /Bevollmächtigten/Betreuers
_____	_____

PV53