

Antwort an:

IKK Brandenburg und Berlin
Pflegekasse/Häusliche Krankenpflege
Postfach 30 35 40
10773 Berlin

Allgemeine Angaben		
Name Vorname	Geburtsdatum	Geschlecht
_____	____. ____.	_____
Straße Hausnummer	PLZ Ort	
_____	_____	
E-Mail-Adresse *	Telefonnummer *	KV-Nummer
_____	____/____	_____
Ich habe einen gesetzlichen Betreuer		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Kopie des Betreuerausweises / der Vollmacht ist beigelegt		<input type="checkbox"/>
Ich beantrage folgende Leistungen		
<input type="checkbox"/>	<u>Pflegegeld</u> (Die Pflege kann im häuslichen Bereich durch eine Pflegeperson in geeigneter Weise und ausreichendem Umfang selbst sichergestellt werden.)	
<input type="checkbox"/>	häusliche Pflegehilfe als <u>Sachleistung</u> durch Vertragspartner der Pflegekasse	
<input type="checkbox"/>	Kombinationsleistung aus <u>Sachleistung und Pflegegeld</u> (Sie erhalten Sachleistung und Geldleistung jeweils anteilig)	
<input type="checkbox"/>	<u>vollstationäre Pflege</u> , da keine private Pflegeperson vorhanden und / oder ambulante Pflege nicht ausreichend ist	
<input type="checkbox"/>	Pflege in vollstationärer Einrichtung der Hilfe für behinderte Menschen	
Die Pflege wird im häuslichen Bereich durchgeführt *		
von einem Hilfsdienst oder einer Sozialstation		
Name des Hilfsdienstes / der Sozialstation	Telefonnummer *	
_____	____/____	
Anschrift des Hilfsdienstes / der Sozialstation		

von einer privaten Pflegeperson

Name der Pflegeperson

Telefonnummer *

Anschrift der Pflegeperson

Die Pflege wird im Pflegeheim durchgeführt

Name des Pflegeheims

Telefonnummer *

Anschrift des Pflegeheims

Angaben zur Pflegebedürftigkeit

Ist die Pflegebedürftigkeit Folge eines Unfalls, Arbeitsunfalls, einer Berufskrankheit, eines ärztlichen Behandlungsfehlers oder eines Wehrdienstschadens? (Bitte Nachweise beifügen)

ja

nein

Erhalten Sie bereits Leistungen (Rente etc.) wegen anerkannter Unfallfolgen oder haben Sie diese beantragt? (Bitte Nachweise beifügen)

von der Berufsgenossenschaft

von der Unfallversicherung /
Versorgungsamt

von sonstiger Stelle

Beihilfeanspruch

ja, (ich bzw. mein Ehegatte bin / war Beamtin / Beamter und habe Ansprüche auf Beihilfe oder Heilfürsorge bei Krankheit und Pflegebedürftigkeit)

nein

Behandelnder Arzt

Name des Hausarztes / Facharztes

Telefonnummer *

Anschrift des Hausarztes / Facharztes

Erklärung zur Entbindung von der Schweigepflicht (Bitte ankreuzen)

Für den MDK 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 der Krankenversicherung für den konkreten Einzelfall benötigt werden. Dieses Einverständnis gilt auch für eventuell erforderliche Nachuntersuchungen durch den MDK. 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 Ihrer Pflegebedürftigkeit nach §§ 18, 33 SGB XI und § 94 SGB XI.

Terminvereinbarung

Der Termin für den Hausbesuch durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung soll abgesprochen werden mit:

mir selbst

Frau / Herrn: _____

Telefonnummer *

Anschrift

Datum

Unterschrift des Versicherten / Bevollmächtigten/Betreuers