

Antwort an:

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

Allgemeine Angaben		
Name Vorname	Geburtsdatum	Krankenversicherungsnummer
_____	____.____.____	_____
Straße Hausnummer	PLZ Ort	Telefonnummer *
_____	_____	____/____
Angaben zur aktuellen Situation		
Wurde bei Ihnen bereits ein Pflegegrad festgestellt?		
<input type="checkbox"/>	Ja, ab ____.	Pflegegrad _____
<input type="checkbox"/>	Nein, dieser Antrag gilt als Erstantrag auf Leistungen der Pflegeversicherung. Ich wünsche eine Feststellung des Hilfebedarfs durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung.	
Ich beantrage Leistungen der vollstationären Pflege		
Ab ____.		
In folgendes Pflegeheim werde ich ziehen/ bin ich bereits gezogen:		
Name der Pflegeheims	Telefonnummer *	
_____	____/____	
Anschrift der Pflegeheims		

Grund für den Umzug in ein Pflegeheim		
In ein Pflegeheim möchte ich ziehen weil:		
<input type="checkbox"/>	keine Pflegeperson vorhanden ist	
<input type="checkbox"/>	die Pflegeperson überfordert ist bzw. eine Überforderung droht	
<input type="checkbox"/>	die Pflege in meiner Häuslichkeit und eine Maßnahme zur Verbesserung des Wohnumfeldes nicht möglich ist	
<input type="checkbox"/>	die Pflegeperson nicht (mehr) bereit ist, mich zu pflegen	
<input type="checkbox"/>	eine Eigen- oder Fremdgefährdung die Pflege zu Hause nicht mehr zulässt	
<input type="checkbox"/>	aus folgendem sonstigen Grund	

Bestätigung des behandelnden Arztes

Mein behandelnder Arzt ist:

Name des Hausarztes / Facharztes

Telefonnummer *

Anschrift des Hausarztes / Facharztes

Mit der folgenden Unterschrift und seinem Arztstempel bestätigt der Arzt die Notwendigkeit der Aufnahme in ein Pflegeheim:

Datum

Unterschrift und Stempel

Erklärung zur Entbindung von der Schweigepflicht (Bitte ankreuzen)

Es kann unter Umständen erforderlich sein, diesen Antrag dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) vorzulegen. 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 des Antrages auf Höherstufung Ihrer Pflegeleistungen nach §§ 18, 33 SGB XI und § 94 SGB XI.

Datum

Unterschrift des Versicherten /Bevollmächtigten/Betreuers