

**Rückantwort an:**

IKK Brandenburg und Berlin  
PF 90 02 18  
14438 Potsdam

| Allgemeine Angaben des Pflegebedürftigen                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                 |                                  |              |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|----------------------------------|--------------|
| Vorname, Name des Versicherten                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Geburtsdatum                                                    | Krankenversicherungsnummer       |              |
| Anschrift des Pflegebedürftigen                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                 | Telefon*                         |              |
| Ich beantrage einen höheren Pflegegrad                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                 |                                  |              |
| ab _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                 |                                  |              |
| Derzeit habe ich den Pflegegrad _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                 |                                  |              |
| Gewünschte Pflegeleistung:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Pflegegeld                                                      | Kombileistung                    | Sachleistung |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Vollstationäre Pflege                                           | Einrichtung der Behindertenhilfe |              |
| Der behandelnde Arzt ist:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                 |                                  |              |
| Name und Anschrift des Hausarztes / Facharztes                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                 |                                  | Telefon*     |
| Erklärung zur Entbindung von der Schweigepflicht (Bitte ankreuzen)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                 |                                  |              |
| <p>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.</p> <p><input type="checkbox"/> 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.</p> <p><input type="checkbox"/> Nein, mit der Entbindung von der Schweigepflicht bin ich nicht einverstanden.</p> |                                                                 |                                  |              |
| Datenschutzhinweis                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                 |                                  |              |
| <p>Wir benötigen die Daten zur Prüfung Ihrer Pflegebedürftigkeit nach §§ 18, 33 SGB XI und § 94 SGB XI. Ich bin damit einverstanden, dass meine persönlichen Antragsdaten und -unterlagen an den Medizinischen Dienst weitergeleitet werden. Meine Einwilligung zur Weiterleitung der persönlichen Antragsdaten und -unterlagen kann ich jederzeit schriftlich für die Zukunft widerrufen. Der Widerruf ist an die IKK BB zu richten. Willigen Sie nicht ein oder widerrufen Sie die Einwilligung, so hat dies zur Folge, dass Verzögerungen bei der Prüfung Ihrer Pflegebedürftigkeit entstehen.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                 |                                  |              |
| Terminvereinbarung                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                 |                                  |              |
| Der Termin für den Hausbesuch durch den Medizinischen Dienst soll abgesprochen werden mit:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                 |                                  |              |
| mir selbst                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Frau / Herrn _____                                              |                                  |              |
| Telefon*: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Anschrift: _____                                                |                                  |              |
| Datum _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Unterschrift des Versicherten /Bevollmächtigten/Betreuers _____ |                                  |              |

