

BERGISCHE KRANKENKASSE  
Pflegekasse  
42715 Solingen

## Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung

Name, Vorname des Pflegebedürftigen Geburtsdatum Versichertennummer

Adresse Telefon (freiwillige Angabe)

- Sachleistung       Geldleistung       Kombinationsleistung (Geld- und Sachleistung)       vollstationäre Pflege
- Pflege in vollstationäre Einrichtung der Behindertenhilfe       Hospizpflege

IBAN Geldinstitut

Kontoinhaber

Die Pflege wird durchgeführt von

Name und Adresse des Pflegedienstes / des Pflegeheims

Heimaufnahme am

Name und Adresse der Pflegeperson (bei Geldleistung)

Betreut Ihre Pflegeperson andere Pflegebedürftige?       Nein       Ja

Es wohnen seit \_\_\_\_\_ noch \_\_\_\_\_ weitere Personen mit in der gemeinsamen Wohnung.  
Datum      Anzahl

Davon sind \_\_\_\_\_ Personen ebenfalls pflegebedürftig.  
Anzahl

Hilfebedarf besteht in folgenden Bereichen

- Mobilität       kognitive/kommunikative Fähigkeiten       Ernährung
- Selbstversorgung       Krankheiten/Therapien       Alltagsleben
- Sonstiges \_\_\_\_\_

---

Name, Vorname des Pflegebedürftigen

Ich habe Anspruch auf Beihilfe oder Heilfürsorge nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen.

Nein  Ja,

---

Name und Adresse / Aktenzeichen

Wünschen Sie das Pflegegutachten in Kopie?

Nein  Ja

Wünschen Sie eine Pflegeberatung?

Nein  Ja. Sie erhalten eine Nachricht durch unseren Kooperationspartner spectrumK.

Bei nachstehenden Kranken-/ Pflegekassen war ich vor Antragstellung versichert

von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ Krankenkasse \_\_\_\_\_

von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ Krankenkasse \_\_\_\_\_

von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ Krankenkasse \_\_\_\_\_

von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ Krankenkasse \_\_\_\_\_

Der behandelnde Arzt ist

---

Name des Hausarztes (Facharztes)

---

Adresse des Arztes

---

Name, Vorname des Pflegebedürftigen

**Einwilligungserklärung**

Ich bin damit einverstanden, dass dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung vorhanden ärztliche Berichte, Gutachten und Befunddokumentationen zur Einsichtnahme zur Verfügung gestellt werden. Ich bin ferner damit einverstanden, dass Krankenkasse und Pflegekasse personenbezogene Daten im erforderlichen Umfang verarbeiten und nutzen dürfen (§ 96 Abs. 2 SGB XI)

Die Daten werden zur Erfüllung der Aufgaben nach § 284 Abs. 1 SGB V und § 94 Abs. 1 SGB XI verarbeitet. Allgemeine Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten finden Sie auf [www.bergische-krankenkasse.de/datenschutz](http://www.bergische-krankenkasse.de/datenschutz) oder werden Ihnen auf Wunsch ausgehändigt. Bei Fragen wenden Sie sich bitte an die BERGISCHE KRANKENKASSE, 42715 Solingen oder unseren Datenschutzbeauftragten unter [datenschutz@bergische-krankenkasse.de](mailto:datenschutz@bergische-krankenkasse.de).

Ich erkläre mich einverstanden, dass meine oben angegebenen freiwilligen Daten genutzt werden, um Kontakt mit mir aufzunehmen. Die Verarbeitung meiner freiwilligen Daten kann ich ohne für mich nachteilige Folgen verweigern bzw. jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Mir ist bekannt, dass dies nicht die Rechtmäßigkeit der bisher auf der Grundlage dieser Einwilligung erfolgten Verarbeitung berührt. Meine Widerrufserklärung kann ich richten an: BERGISCHE KRANKENKASSE 42715 Solingen.

---

Datum, Unterschrift Versicherter