

## ANTRAG AUF LEISTUNGEN DER PFLEGEVERSICHERUNG

### GUTEN TAG,

beiliegend erhalten Sie Ihren Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung. Bitte senden Sie uns diesen ausgefüllt und unterschrieben zurück.

Um Ihren Antrag schnellstmöglich bearbeiten zu können, geben Sie uns bitte die Telefonnummer(n) an, unter der wir Sie bzw. die Pflegeperson tagsüber erreichen können. Wir veranlassen dann eine Begutachtung zur Prüfung der Voraussetzungen beim Medizinischen Dienst (MD).

Bei Bedarf finden Sie eine Leistungs- und Preisübersicht zu Leistungsanbietern im Internet. Falls wir Leistungen genehmigen können, sind alle unter [bkk-pflegefunder.de](http://bkk-pflegefunder.de) aufgeführten Anbieter befähigt, mit uns abzurechnen.

Unter [bkk-pflegefunder.de](http://bkk-pflegefunder.de) können Sie wahlweise nach einer Pflegeeinrichtung an Ihrem Ort oder im Umkreis einer bestimmten Postleitzahl suchen und/oder direkt den Namen der gesuchten Einrichtung eingeben. Durch Angabe der gewünschten Pflegeart können Sie Ihre Suche auf Wunsch weiter eingrenzen. Sollten Sie Leistungs- und Preisvergleichslisten in Papierform wünschen, teilen Sie uns dies bitte einfach mit.

Sind Sie interessiert an einer individuellen Pflegeberatung? Dann vereinbaren Sie einfach innerhalb der nächsten 14 Tage kurzfristig einen konkreten Beratungstermin mit uns.

### HABEN SIE FRAGEN?

Wir beraten Sie gern persönlich.

Besuchen Sie einen unserer Service-Points. Öffnungszeiten und die Möglichkeit zur Terminvereinbarung finden Sie auf [mobil-krankenkasse.de/kontakt](http://mobil-krankenkasse.de/kontakt)

Oder rufen Sie uns an.  
Ihre kostenlose Service-Hotline:

**0800 255 0800**

[mobil-krankenkasse.de](http://mobil-krankenkasse.de)

**ANTRAG AUF LEISTUNGEN DER PFLEGEVERSICHERUNG**

| ANGABEN DES/DER PFLEGEBEDÜRFTIGEN |              |                    |
|-----------------------------------|--------------|--------------------|
| Name, Vorname                     | Geburtsdatum | Versichertennummer |
| Anschrift                         |              | Telefon            |

| ANTRAGSART  |
|---|
| <input type="checkbox"/> Erstantrag <input type="checkbox"/> Höherstufungsantrag <input type="checkbox"/> Antrag auf Änderung der Leistung ab _____ |

| ANTRAG AUF   |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> ausschließlich Sachleistungen<br><input type="checkbox"/> ausschließlich Geldleistungen<br><input type="checkbox"/> eine Kombination aus <sup>1</sup><br><input type="checkbox"/> Sachleistungen<br><input type="checkbox"/> Geldleistungen | <input type="checkbox"/> vollstationäre Pflege<br><input type="checkbox"/> Pflege in vollstationären Einrichtungen der Behindertenhilfe<br><input type="checkbox"/> Tages- und/oder Nachtpflege |
| Es besteht ein Bedarf an zusätzlichen Betreuungs- und Entlastungsleistungen (in Bezug auf die allgemeine Beaufsichtigung, Betreuung und Entlastung) <input type="checkbox"/> Ja  |   |

|  |   |
|--|---|
| <b>Durchführung der Pflege durch einen Pflegedienst oder in einem Pflegeheim</b> | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Name des Pflegedienstes/des Pflegeheims  |   |
| Heimaufnahme am  |   |
| Anschrift des Pflegedienstes/des Pflegeheims                                     |   |

|   |   |
|---|---|
| <b>Pflege durch einen 2. Pflegedienst bzw. eine Tages-/Nachtpflegeeinrichtung</b> | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Name des zweiten Pflegedienstes/der Tages-/Nachtpflegeeinrichtung                 |   |
| Aufnahme in der Tages-/Nachtpflegeeinrichtung am                                  |   |
| Anschrift des zweiten Pflegedienstes/der Tages-/Nachtpflegeeinrichtung            |   |

|  |   |                              |               |
|--|---|------------------------------|---------------|
| <b>Durchführung der Pflege durch private Pflegeperson/en im häuslichen Bereich</b> | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |                              |               |
| Name der Pflegeperson 1  | Geburtsdatum  | Ggf. Name der Pflegeperson 2 | Geburtsdatum  |
| Rentenversicherungsnummer  | Telefonnummer   | Rentenversicherungsnummer    | Telefonnummer |
| Anschrift der Pflegeperson 1   |   | Anschrift der Pflegeperson 2 |               |

<sup>1</sup> Bei der Kombination dieser Leistungen besteht jeweils ein prozentual anteiliger Anspruch auf die jeweilige Leistung.

# ANTRAG AUF LEISTUNGEN DER PFLEGEVERSICHERUNG VON

KV-Nr.: \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_

|  |   |
|--|---|
| <b>Die Pflegeperson 1 <input type="checkbox"/> oder/und Pflegeperson 2 <input type="checkbox"/></b><br><b>hat/haben sich für die Pflege von der Arbeit freistellen lassen (Arbeitsverhältnis besteht weiterhin).</b> |   |
| <input type="checkbox"/> Nein  | <input type="checkbox"/> Ja, vom _____ bis _____<br><input type="checkbox"/> voll und unbezahlt (Pflegezeit)<br><input type="checkbox"/> Ich beantrage Pflegeunterstützungsgeld (Ein gesonderter Antrag wird mir zugesandt)<br><input type="checkbox"/> teilweise, wöchentliche Arbeitszeit während der Freistellung (Familienpflegezeit): _____ Std. |
|  |   |
| Krankenkasse der Pflegeperson 1 (Name und Anschrift)   | Arbeitgeber der Pflegeperson 1 (Name und Anschrift)   |
|  |   |
| Krankenkasse der Pflegeperson 2 (Name und Anschrift)   | Arbeitgeber der Pflegeperson 2 (Name und Anschrift)   |

|  |                          |
|--|--------------------------|
| <b>Ich befinde mich derzeit</b>  |                          |
| <input type="checkbox"/> im Krankenhaus. <input type="checkbox"/> in einer Rehabilitationseinrichtung. |                          |
| <input type="checkbox"/> im Hospiz. <input type="checkbox"/> in ambulanter Palliativversorgung.        |                          |
|  |                          |
| ggf. Name der Einrichtung  | ggf. geplante Entlassung |

|  |   |
|--|---|
| <b>Ich erhalte bereits Pflegeleistungen bzw. habe Pflegeleistungen beantragt.</b><br>(wenn ja, bitte Bescheinigung beifügen) |   |
| Unfallversicherungsträger <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Beantragt                                     | Ausländischer Träger <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Beantragt |
| Sozialamt <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Beantragt   | Versorgungsamt <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Beantragt       |
|  |   |
| Name, Anschrift des jeweiligen Kostenträgers   | Aktenzeichen  |

|   |  |
|---|--|
| <b>Die Pflegebedürftigkeit ist Folge</b>  |  |
| einer Berufserkrankung/ Arbeitsunfalls. <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |  |
| eines Versorgungsleidens. <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein               |  |

|   |   |
|---|---|
| <b>Ich habe nach beamtenrechtlichen Vorschriften einen Anspruch auf Beihilfe oder Heilfürsorge, da</b>  |   |
| <ul style="list-style-type: none"><li>ich im öffentlichen Dienst oder bei einem Arbeitgeber, der sich an die Beihilfevorschriften anlehnt, beschäftigt bin bzw. war oder</li><li>ich eine Hinterbliebenenversorgung aus einem öffentlich-rechtlichen Dienstverhältnis meines Ehegatten/eines Elternteils erhalte oder</li><li>mein Ehegatte/ein Elternteil im öffentlichen Dienst beschäftigt ist bzw. war.</li></ul> | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
|   |   |
| Name, Anschrift der Beihilfestelle  | Aktenzeichen  |

|  |  |
|--|--|
| <b>VORKASSEN</b>   |  |
| Ich war innerhalb der letzten 10 Jahre bei folgenden Krankenkassen versichert: |  |
| <b>Zeitraum (von...bis):</b>   | <b>Name und ggf. Anschrift der Krankenkasse:</b> |
|  |  |

|   |           |
|---|-----------|
| <b>BEHANDELNDER ARZT</b>                            |           |
| Mein behandelnder Arzt/Meine behandelnde Ärztin ist |           |
|   |           |
| Name des Hausarztes (Facharztes)                    | Anschrift |

**ANTRAG AUF LEISTUNGEN DER PFLEGEVERSICHERUNG VON**  
**KV-Nr.:** \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_

|  |  |
|--|--|
| <b>BEVOLLMÄCHTIGTER</b> (Bitte nur ausfüllen, wenn ein anderer für Sie tätig sein soll.) |  |
| <input type="checkbox"/> Ich habe einen Betreuer.  | (Bitte fügen Sie eine Kopie des Betreuer-Ausweises bei.) |
| <input type="checkbox"/> Ich habe einen Bevollmächtigten.                                | (Bitte fügen Sie eine Vollmacht bei.)                    |
|  |  |
| Name, Vorname bzw. Firma   | Anschrift und Telefon tagsüber                           |

|  |  |
|--|--|
| <b>Bankverbindung des/der Pflegebedürftigen</b> <input type="checkbox"/> | <b>Bankverbindung bei abweichenden Kontoinhaber</b> <input type="checkbox"/> |
| Name und Ort des Geldinstituts   | Name und Ort des Geldinstituts   |
| DE __/__/__/__/__/__   | DE __/__/__/__/__/__   |
| IBAN (International Bank Account Number) – 22-stellig                    | IBAN (International Bank Account Number) – 22-stellig                        |
| __/__/__/__  | __/__/__/__  |
| BIC (Business Identifier Code) – 11-stellig                              | BIC (Business Identifier Code) – 11-stellig                                  |
|  |  |
| Vorname und Name des Kontoinhabers (falls abweichend vom Antragsteller)  |  |
|  |  |
| Anschrift des Kontoinhabers (falls abweichend vom Antragsteller)         |  |
|  |  |
| Unterschrift des Kontoinhabers (falls abweichend vom Antragsteller)      |  |

**DATENSCHUTZHINWEIS**

Die Mobil Pflegekasse (Kassensitz: Friedenheimer Brücke 29 in 80639 München, Telefon: 0800 255 0800, E-Mail: [info@service.mobil-krankenkasse.de](mailto:info@service.mobil-krankenkasse.de)) als Datenverarbeiter benötigt die geforderten Angaben für die Prüfung und Gewährung von Leistungen der Pflegeversicherung nach § 28 Sozialgesetzbuch (SGB) XI. Ihre Angaben werden an den Medizinischen Dienst weitergeleitet. Weitere Informationen erhalten Sie unter [mobil-krankenkasse.de/datenschutz](http://mobil-krankenkasse.de/datenschutz)

**EINWILLIGUNG**

Ich bin damit einverstanden, dass der Pflegekasse und dem Medizinischen Dienst vorhandene ärztliche Berichte, Gutachten und Befunddokumentationen zur Einsichtnahme zur Verfügung gestellt werden. Ich bin ferner damit einverstanden, dass Krankenkasse und Pflegekasse personenbezogene Daten, die ihnen von einem Arzt zugänglich gemacht worden sind, im erforderlichen Umfang gemeinsam verarbeiten und nutzen (§ 96 Abs. 2 SGB XI). Diese Einwilligung kann jederzeit formlos mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden.

\_\_\_\_\_  
 Datum, Unterschrift des / der Versicherten      Datum, Unterschrift des Betreuers/Bevollmächtigten