

Zurück an:

WMF Betriebskrankenkasse  
Zentraler Posteingang  
30645 Hannover

Antragsdatum:

**Erstantrag auf Leistungen der Pflegeversicherung**

für das Mitglied       für den Familienangehörigen

I. Personalien	
Vorname, Name, Geburtstag des / der Versicherten	Versichertennummer
Anschrift des / der Versicherten	Telefon-Nr.
Vorname, Name, Geburtstag des Angehörigen – falls Patient –	Versichertennummer
Anschrift des Patienten	Telefon-Nr.

Anspruch auf Leistungen besteht, wenn in den letzten 10 Jahren vor der Antragstellung mindestens zwei Jahre eine Pflegeversicherung bestand. In den letzten 10 Jahren war ich bei folgenden Pflegekassen versichert:

Name, Anschrift	von bis versichert	Versichertennummer

Ich beantrage

- vollstationäre Pflege       Behindertenhilfe  
 Geldleistung (private Person)       Sachleistung (Pflegedienst o.ä.)       Kombinationsleistung \*)

\*) Kombination aus Geld- und Sachleistung

Bitte senden Sie mir eine Kopie des Gutachtens.

II. Die Pflege wird durchgeführt von	
Name des Hilfsdienstes / der Sozialstation / der Einrichtung	Aufnahme in Einrichtung am
Anschrift des Hilfsdienstes / der Sozialstation / der Einrichtung	Telefon-Nr.
Name der Pflegeperson	
Anschrift der Pflegeperson	Telefon-Nr.

**III. Hilfebedarf besteht im Bereich**

- Körperpflege       Ernährung       Mobilität       Hauswirtschaftliche Versorgung  
 Sonstiges \_\_\_\_\_

**IV. Ich erhalte bereits Pflegegeld von**

- der Unfallversicherung       dem Sozialamt       dem Versorgungsamt  
 der Beihilfestelle       der Landesblindengeldstelle       ausländischem Leistungsträger

**V. Behandelnder Arzt**

Name des Arztes / Facharztes

Telefon-Nr.

**VI. Leistungen/Erstattungen bitte auf folgendes Konto überweisen:****Name des Geldinstituts****IBAN****BIC****Kontoinhaber**

Ich bin damit einverstanden, dass der Pflegekasse und dem Medizinischen Dienst von dem oben genannten, mich behandelnden Arzt, Krankenhäusern und den mich betreuenden Pflegepersonen Auskünfte sowie ärztliche Berichte, Gutachten und Befunddokumentationen zur Verfügung gestellt werden. Ich bin ferner damit einverstanden, dass die Krankenkasse und Pflegekasse personenbezogene Daten, die ihnen von einem Arzt zugänglich gemacht worden sind, im erforderlichen Umfang gemeinsam verarbeiten und nutzen (§§ 93 ff. SGB XI).

Falls Sie nicht damit einverstanden sind, streichen Sie bitte diesen Abschnitt durch. Sofern Sie die Einwilligung verweigern, kann dies zu Nachteilen bei der Leistungserbringung führen (§ 66 SGB I).

Bei diesem Antrag hat mitgewirkt:

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname, Stellung zum Pflegebedürftigen (z. B. Bevollmächtigter)\_\_\_\_\_  
Anschrift, Tel.-Nr.\_\_\_\_\_  
Datum\_\_\_\_\_  
Unterschrift des / der Versicherten

**Datenschutzhinweis (§ 67a Abs. 3 SGB X):** Damit wir unsere Aufgaben erfüllen können, ist Ihr Mitwirken nach §§ 7, 28 SGB XI und § 60 SGB I erforderlich. Ihre Daten sind im vorliegenden Fall aufgrund § 94 SGB XI zu erheben. Fehlt Ihre Mitwirkung, kann dies zu Nachteilen (z.B. bei den Leistungsansprüchen) führen.

## Anlage zum Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung

Um die Begutachtung durch den Medizinischen Dienst (MD) im Rahmen eines Besuches bei Ihnen reibungslos organisieren zu können, bitten wir Sie um die nachfolgenden Angaben.

Namen, Vorname, Geburtsdatum, KV-Nr.:
Anschrift
Telefon-Nr. (Festnetz/ Mobil)

Frühestmöglicher Begutachtungstermin:

Zeitraum, in dem eine Begutachtung aus <b>zwingenden</b> Gründen <b>nicht</b> möglich ist*	
Von	Bis
Von	Bis

\*z.B.: Krankenhausaufenthalt, eine Rehabilitation, Aufenthalt in einer Kurzzeitpflege

An folgenden Werktagen ist eine Begutachtung aus **zwingenden** Gründen **nicht** möglich (z.B.: Dialyse, Chemotherapie, etc):

Montag    Dienstag    Mittwoch    Donnerstag    Freitag    Samstag

Folgende Person soll über den Begutachtungstermin informiert werden:

Angehöriger    Betreuer\*in    Pflegeperson

Name, Vorname
Anschrift
Telefon-Nr. (Festnetz/ Mobil)

Ist für die Begutachtung ein Dolmetscher erforderlich?    Ja, Sprache \_\_\_\_\_

Gibt es weitere Besonderheiten, über die Sie den MD noch informieren möchten:

---

---