Zurück an:

WMF Betriebskrankenkasse
Zentraler Posteingang
30645 Hannover

Antragsdatum:

Antrag auf eine höhere Pflegeeingruppierung

Vorname, Name, Geburtstag des / der Versicherten	Rentenversicherungsnummer
Name, Vorname, Geburtstag des Angehörigen – falls Pflegebedürftiger	**Versicherungsnummer**
Anschrift des Pflegebedürftigen	**Telefon**

I. Ich beantrage eine höhere Pflegeeingruppierung

Ab _____

Derzeit beziehe ich Leistungen der Pflegeversicherung gemäß der Pflegeeingruppierung _____

II. Erhöhter Hilfebedarf besteht in folgenden Bereichen

☐ Ernährung ☐ Bewegung

☐ Körperpflege ☐ Sonstiges _____

Die Pflegetätigkeit beträgt jetzt im täglichen Durchschnitt _____ Stunden.

☐ Das ärztliche Attest habe ich beigefügt.

III. Die Pflege wird durchgeführt von

_____ _____

Name und Anschrift des Pflegedienstes / Pflegeheimes Heimaufnahme am

_____

Name und Anschrift der Pflegeperson (bei Geldleistung)

IV. Der behandelnde Arzt ist (bitte nur ausfüllen, falls kein ärztliches Attest beiliegt):

Name und Anschrift des Haus- / Facharztes

Telefon

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 damit nicht einverstanden sind, streichen Sie bitte diesen Abschnitt durch. Sofern Sie die Einwilligung verweigern, kann dies zu Nachteilen bei der Leistungserbringung führen (§ 66 SGB I). Diese Daten werden nach § 60 SGB I i.V.m. § 94 SGB XI erhoben.

Bei diesem Antrag hat mitgewirkt:

Datum, Unterschrift des / der Versicherten

Name, Vorname, Anschrift, Tel.-Nr., Stellung zum Pflegebedürftigen (z. B. Bevollmächtigter)

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.

Zu Abschnitt IV des Antrages:

Sie können Ihren Hausarzt bitten, die nachfolgenden Angaben zu machen. Wir weisen Sie darauf hin, dass hierfür eventuell anfallende Kosten weder von der Pflege-/Krankenkasse noch vom Medizinischen Dienst übernommen werden können.

Aus hausärztlicher Sicht wichtige Angaben zum Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung (z. B. pflegerelevante Diagnosen, pathologische Untersuchungsbefunde etc.):

Ort, Datum

Stempel / Unterschrift des behandelnden Arztes