

Zurück an:

WMF Betriebskrankenkasse
Eberhardstraße
73312 Geislingen

Antrag 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 zehn Jahren vor der Antragstellung mindestens zwei Jahre eine Versicherung bestand. In den letzten 10 Jahren war ich bei folgenden Pflegekassen versichert:

| Name, Anschrift | von bis versichert | Versichertennummer |
|-----------------|--------------------|--------------------|
| | | |
| | | |
| | | |

Ich beantrage

Sachleistung Geldleistung stationäre Pflege Kombinationsleistung *)

Wenn Sie die Kombinationsleistung wählen, erhalten Sie die Geldleistung und die Sachleistung jeweils teilweise.

Ich möchte keine Kopie des Gutachtens.

II. Die Pflege wird durchgeführt von

| | |
|---|-----------------|
| Name des Hilfsdienstes / der Sozialstation | Heimaufnahme am |
| Anschrift des Hilfsdienstes / der Sozialstation | 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.

Anschrift des Arztes / Facharztes

VI. Leistungen/Erstattungen bitte auf folgendes Konto überweisen:

Name des Geldinstituts

IBAN

BIC

Kontoinhaber

Ich bin damit einverstanden, dass der Medizinischen Dienst der Krankenversicherung von dem oben genannten, mich behandelnden Arzt, Krankenhäusern und den mich betreuenden Pflegepersonen Auskünfte sowie ärztliche Berichte, Gutachten und Befunddokumentationen zur Verfügung gestellt werden.

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.