

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

<p>Ich beantrage</p> <p><input type="checkbox"/> vollstationäre Pflege <input type="checkbox"/> Behindertenhilfe</p> <p><input type="checkbox"/> Geldleistung (private Person) <input type="checkbox"/> Sachleistung (Pflegedienst o.ä.) <input type="checkbox"/> Kombinationsleistung *)</p> <p>*) Kombination aus Geld- und Sachleistung</p>
<p><input type="checkbox"/> Bitte senden Sie mir eine Kopie des Gutachtens.</p>

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.

Ort, Datum

Unterschrift des / der Versicherten

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