

zurück an:

BKK Stadt Augsburg
 Willy-Brandt-Platz. 1
 86153 Augsburg

Erstantrag

Höherstufungsantrag

Vorname, Name, Geburtstag der/des Versicherten (Pflegebedürftigen)	Rentenversicherungsnummer
Anschrift der/des Versicherten (Pflegebedürftigen)	Versicherungsnummer
Telefonnummer (bitte für Rückfragen angeben)	

Folgende Leistung wird beantragt:
 (bitte gewünschte Leistung ankreuzen)

häusliche Pflegesachleistung (Pflege, durch einen ambulanten Pflegedienst bzw. einen Vertragspartner der Pflegeversicherung)

 Name, Anschrift, Telefonnummer des Dienstes

Pflegegeld (Geldleistung, da die häusliche Pflege sichergestellt ist und von selbstbeschafften Pflegepersonen (Angehörigen/Nachbarn) durchgeführt wird)

 Name, Anschrift, Telefonnummer meiner Pflegeperson

Kombinationsleistung (die häusliche Pflege wird in Kombination von Pflegedienst bzw. Vertragspartner der Pflegeversicherung und Pflegepersonen (Angehörige/Nachbarn) sichergestellt)

 Name, Anschrift, Telefonnummer des Pflegedienstes oder Vertragspartners der Pflegeversicherung

 Name, Anschrift, Telefonnummer meiner Pflegeperson

Leistungen bei stationärer Pflege
 in einem Pflegeheim in einer Behinderteneinrichtung
 Tag der Heimaufnahme _____

 Name, Anschrift, Telefonnummer der Einrichtung

Ich erhalte bereits Pflegeleistungen

<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, vom...			
<input type="checkbox"/> Sozialamt	<input type="checkbox"/> ausländischem Leistungsträger	<input type="checkbox"/> Versorgungsamt	<input type="checkbox"/> Beihilfestelle
<input type="checkbox"/> Unfallversicherung (Aktenzeichen _____)			

Ich habe Anspruch auf Beihilfe oder Heilfürsorge nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen.

<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, da ...	
<input type="checkbox"/> ich im öffentlichen Dienst oder bei einem Arbeitgeber, der sich an die Beihilfavorschriften im öffentlichen Dienst anlehnt, beschäftigt bin/war.	
<input type="checkbox"/> ich eine Hinterbliebenenrente aus einem öffentlich-rechtlichen Dienstverhältnis meines Ehegatten/eines Elternteiles erhalte.	
<input type="checkbox"/> mein Ehegatte/Elternteil im öffentlichen Dienst ist/war.	
Name, Anschrift der Beihilfestelle oder des Arbeitgebers:	

Ich habe einen Bevollmächtigten bzw. gesetzlichen Betreuer

<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (wenn ja, bitte fügen Sie entsprechende Unterlagen z.B. Vorsorgevollmacht in Kopie, dem Antrag hinzu)	
<input type="checkbox"/> eine gesetzliche Betreuung wurde bereits beantragt	
Name, Anschrift, Telefonnummer meines Bevollmächtigten :	

Name, Anschrift, Telefonnummer meines gesetzlichen Betreuers :	

Bankverbindung für Geldleistungen

Name des Geld/Kreditinstituts: _____	
IBAN (des/der Pflegebedürftigen): _____	BIC: _____
Kontoinhaber: _____	
Datum, Unterschrift des/der Kontoinhabers: _____	
<small><u>Einzugsermächtigung</u> Ich bin damit einverstanden, dass die BKK Pflegekasse der Stadt Augsburg überzahltes Pflegegeld beim jeweils kontoführenden Geldinstitut per Lastschrift einzieht. Die hierfür anfallenden Bankgebühren trägt die Pflegekasse. Diese Erklärung gilt auch meinem Erben gegenüber. Das Geldinstitut ist nicht zur Einlösung verpflichtet, wenn das Konto den erforderlichen Betrag nicht aufweist. Diese Einzugsermächtigung kann jederzeit widerrufen werden.</small>	

Ich werde jede Änderung der Verhältnisse, die Einfluss auf die Leistungen der sozialen Pflegeversicherung hat, unverzüglich der BKK Pflegekasse der Stadt Augsburg mitteilen. Wie z. B.

- Aufnahme in einem Pflegeheim, Änderung der Bankverbindung, Beauftragung eines Pflegedienstes
- Beantragung oder Bezug von Beihilfe, Beantragung oder Bezug einer (höheren) Pflegezulage vom Versorgungsamt, Beantragung oder Bezug von Pflegegeld aus der gesetzlichen Unfallversicherung
- Verlegung des ständigen Wohnsitzes oder des gewöhnlichen Aufenthaltsortes in das Ausland

Einwilligungserklärung

Ich bin damit einverstanden, dass der Pflegekasse und dem Medizinischen Dienst bei der Krankenversicherung 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).

Ich bin außerdem damit einverstanden, dass die Pflegekasse der BKK Stadt Augsburg die Information über die Aufnahme der Beitragszahlung für eine ggf. rentenversicherungspflichtige Pflegeperson an meine Beihilfestelle übermittelt.

Bei diesem Antrag hat mitgewirkt: _____

 Datum, Unterschrift des Versicherten

 Name, Vorname, Anschrift, Telefon, Stellung zum Pflegebedürftigen (z. B. Bevollmächtigter)

Datenschutzhinweis

Die Erhebung und Verarbeitung Ihrer Daten erfolgt auf der Grundlage gesetzlicher Bestimmungen und ist für die Durchführung der Aufgaben der BKK Stadt Augsburg notwendig. Mehr Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten erhalten Sie auf unserer Webseite www.bkk-stadt-augsburg.de oder in Papierform – rufen Sie uns an, wir senden Ihnen die Informationen gerne zu.

Zusätzliche freiwillige Angaben

Der behandelnde Arzt ist

Name, Anschrift, Telefonnummer des Hausarztes:

Name, Anschrift, Telefonnummer des Facharztes:

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 der Krankenversicherung 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

Ich bin damit einverstanden, dass der Pflegekasse und dem 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. 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.