

Zurück an:
per Email: Pflege@bkk-herkules.de

BKK Herkules
Pflegekasse
Jordanstrasse 6
34117 Kassel

Höhergradierungsantrag bei Leistungen der Pflegeversicherung

für das Mitglied für den Familienangehörigen

Antragsdatum: _____

I. Personalien	
Vorname, Name, Geburtstag des / der Versicherten _____ + geboren am _____	Versichertennummer _____
Anschrift des / der Versicherten _____	Telefon-Nr. (freiwillige Angabe) _____
Vorname, Name, Geburtstag des Angehörigen – falls Patient –	Versichertennummer
Anschrift des Patienten	Telefon-Nr.
<input type="checkbox"/> Ich beantrage die Höherstufung in den Pflegegrad: _____	
<input type="checkbox"/> Bitte senden Sie mir eine 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. Seit der letzten Begutachtung haben sich folgende Veränderungen meines Gesundheitszustandes ergeben:

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

Datenschutzhinweis

Die Daten werden zur Erfüllung der Aufgaben der Pflegekasse nach § 94 Abs. 1 Sozialgesetzbuch, 11. Buch – SGB XI zum Zwecke der Feststellung von Leistungsansprüchen aus der Pflegeversicherung erhoben und verarbeitet. Ihr Mitwirken ist nach § 60 SGB I erforderlich. Fehlende Mitwirkung kann zu Nachteilen bei der Leistungsgewährung führen. Bei beihilfeberechtigten Pflegebedürftigen, die durch eine ehrenamtliche Pflegeperson gepflegt werden für die im Rahmen ihrer Pflege Tätigkeit eine Rentenversicherungspflicht festgestellt wurde, muss die Pflegekasse die Daten der Pflegeperson an die Beihilfestelle melden.

Einwilligungserklärung

Der Medizinische Dienst (MD) wird im Antragsverfahren zur Feststellung Ihrer Pflegebedürftigkeit mit der Erstellung eines Gutachtens beauftragt. Zur Unterstützung und Beschleunigung Ihres Antrages werden durch den MD – soweit dies vom MD als erforderlich eingeschätzt wird und Sie einwilligen – Ihre behandelnden Ärzte in die Begutachtung mit einbezogen und z. B. für das Gutachten Angaben zu wichtigen Vorerkrankungen und Aussagen zu Ihrer Hilfebedürftigkeit eingeholt. Mit Ihrer Einwilligung können auch pflegende Angehörige bzw. Personen oder Pflegedienste befragt werden (§ 18 Abs. 4 SGB XI).

Diese Einwilligungserklärung können Sie jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen.

Ich bin damit einverstanden, dass der MD bzw. die Pflegekasse von meinen behandelnden Ärzten, Krankenhäusern und Pflegepersonen ärztliche Unterlagen, Auskünfte und Fremdbefunde anfordert. Das gilt unter der Voraussetzung, dass diese Daten für die Leistungsentscheidung erforderlich sind. Unterlagen, die bei der Pflegekasse der BKK Herkules eingehen, dürfen an den MDK weitergeleitet werden. Die Erhebung und Nutzung meiner Daten erfolgt auf freiwilliger Basis. Mein Einverständnis kann ich ohne für mich nachteilige Folgen verweigern bzw. jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Dies berührt nicht die Rechtmäßigkeit der bisher auf der Grundlage dieser Einwilligung erfolgten Verarbeitung. Meine Widerrufserklärung kann ich richten an: Pflegekasse der BKK Herkules, Jordanstr. 6, 34117 Kassel.

Die angeschriebenen Stellen und Personen entbinde ich ausdrücklich von der Schweigepflicht.

Ja

Nein

Die Angaben zu Kontaktdaten (Telefonnummer und/ oder E-Mail) sind freiwillig und werden ausschließlich für Rückfragen zu Ihrem gestellten Antrag verwendet.

Weitere Informationen über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten durch uns und Ihre Rechte nach der EU-Datenschutz-Grundverordnung erhalten Sie über unsere Homepage:

<https://www.bkk-herkules.de/datenschutz/>

Bei diesem Antrag hat mitgewirkt:

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

Anschrift, Tel.-Nr.

Datum

Unterschrift des / der Versicherten
