

Zurück an:

BKK Groz-Beckert  
Postfach 10 00 27  
72421 Albstadt

### Antrag auf eine höhere Pflegeeingruppierung

<b>Vorname, Name, Geburtstag Versicherter</b>	<b>Rentenversicherungsnummer</b>
<b>Name, Vorname, Geburtstag des Angehörigen – falls Pflegebedürftiger</b>	<b>Versicherungsnummer</b>
<b>Anschrift des Pflegebedürftigen</b>	<b>Telefon</b>

#### I. Ich beantrage eine höhere Pflegeeingruppierung

Ab \_\_\_\_\_

Derzeit beziehe ich Leistungen der Pflegeversicherung gemäß der Pflegeeingruppierung \_\_\_\_\_

Bitte senden Sie mir eine Kopie des Gutachtens.

#### II. Veränderung des Umfangs der Pflegetätigkeit

Die Pflegetätigkeit beträgt jetzt im täglichen Durchschnitt \_\_\_\_\_ Stunden.

#### III. Die Pflege wird durchgeführt von

\_\_\_\_\_  
Name und Anschrift des Pflegedienstes / Pflegeheimes

\_\_\_\_\_  
Heimaufnahme am

\_\_\_\_\_  
Name und Anschrift der Pflegeperson (bei Geldleistung und Kombinationsleistung)

**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 Versicherter oder eines Bevollmächtigten**

**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

**Anlage zum Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung:  
Pflege-Begutachtung durch den MD Baden-Württemberg**

---

Um die Begutachtung durch den Medizinischen Dienst (MD) im Rahmen eines Besuches bei Ihnen reibungslos organisieren zu können, bitten wir Sie um die nachfolgenden Angaben.

**Name Versicherter:** \_\_\_\_\_  
**Vorname Versicherter:** \_\_\_\_\_  
**Geburtsdatum:** \_\_\_\_\_

Voraussichtlicher Aufenthaltsort zum Zeitpunkt der Begutachtung (Ort der Pflege):

**Straße und Hausnummer:** \_\_\_\_\_  
**Postleitzahl und Wohnort:** \_\_\_\_\_  
**Telefon:** **Festnetz:** \_\_\_\_\_ **Mobil:** \_\_\_\_\_

In den nachfolgend genannten Zeiträumen ist eine Begutachtung aus **zwingenden** Gründen **nicht** möglich (z.B. wegen eines geplanten Krankenhausaufenthaltes, einer Rehabilitation oder einer Kurzzeitpflege etc.):

Von	bis	Von	bis

An folgenden Werktagen ist eine Begutachtung aus **zwingenden** Gründen **nicht** möglich:

- Montag     Dienstag     Mittwoch     Donnerstag     Freitag     Samstag

**Folgende Person soll über den Begutachtungstermin informiert werden:**

**Name:** \_\_\_\_\_ **Vorname:** \_\_\_\_\_  
**Straße:** \_\_\_\_\_ **Hausnummer:** \_\_\_\_\_  
**PLZ:** \_\_\_\_\_ **Ort:** \_\_\_\_\_  
**Telefon (Festnetz):** \_\_\_\_\_ **Mobil:** \_\_\_\_\_

Gibt es Besonderheiten, über die Sie den MD informieren möchten?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Datenschutzhinweis:** Diese Angaben sind freiwillig und werden ausschließlich zum Zwecke einer reibungslosen Begutachtung durch den MD erhoben. Mit Ihrer Unterschrift erklären Sie sich dazu bereit, dass wir diese zum Zwecke der Begutachtung an den MD weitergeben dürfen.

**Datum** \_\_\_\_\_ **Unterschrift** (Pflegebedürftiger, Betreuer oder Bevollmächtigter) \_\_\_\_\_