



**III. Ich erhalte bereits Leistungen von oder habe Anträge auf Leistungen gestellt bei**

- der Unfallversicherung                       dem Sozialamt                       dem Versorgungsamt
- der Beihilfestelle                       der Landesblindengeldstelle                       ausländischem Leistungsträger:

\_\_\_\_\_

Name und Unterschrift

\_\_\_\_\_

Aktenzeichen

**IV. Behandelnder Arzt (siehe auch unten)**

Name des Arztes

Telefon-Nr.

Anschrift des Arztes

**V. Leistungen/Erstattungen bitte auf folgendes Konto überweisen (Konto des Pflegebedürftigen):**

Name des Geldinstituts

IBAN

BIC

Kontoinhaber

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).

**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 V. des Antrages:

Es ist Ihnen freigestellt, Ihren Hausarzt zu 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 umseitigen 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)