

**Bertelsmann BKK**  
**Pflegekasse**  
**Carl-Miele-Str. 214**  
**33311 Gütersloh**

Versicherte/r:

Herr  Frau

Name

Straße

PLZ, Ort

Krankenversicherungsnummer

## Antrag auf Pflegeleistungen

**Hiermit beantrage ich Leistungen der Pflegeversicherung:**

- Pflegegeld** (Punkt 1.) und 2.) ausfüllen)
- Pflegesachleistung durch ambulanten Pflegedienst** (Punkt 1.) und 2.) ausfüllen)

Sollte der Sachleistungsanspruch meiner Pflegestufe nicht voll ausgeschöpft werden, wünsche ich die Zahlung von anteiligem Pflegegeld im Rahmen der Kombinationsleistung

- Vollstationäre Pflege** (Punkt 1.) und 3.) ausfüllen)

### 1. ALLGEMEINE ANGABEN

**1.1 Ich erhalte heute bereits Pflegeleistungen von:**

- dem Sozialamt
- sonstigen Institutionen \_\_\_\_\_
- Ich erhalte keine Pflegeleistungen von anderen Einrichtungen

**1.2 Ich habe nach beamtenrechtlichen Regelungen einen Anspruch auf Beihilfe oder Heilfürsorge**

- Nein
- Ja, der schriftliche Bescheid ist beigelegt

**1.3 Ich habe nach beamtenrechtlichen Regelungen einen abgeleiteten Anspruch auf Beihilfe oder Heilfürsorge durch meinen Ehepartner oder meinen Eltern**

- Nein
- Ja, der schriftliche Bescheid ist beigelegt

**1.4 Ich bin bereits zwei Jahre bei der Bertelsmann BKK versichert**

Ja  Nein, zuvor war ich versichert bei der \_\_\_\_\_

**1.5 Mein behandelnder Arzt:**

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname, Anschrift

**1.6 Meine Erreichbarkeit:**

In folgendem Zeitraum ist eine Begutachtung aus zwingenden Gründen nicht möglich:  
(z.B. wegen eines Krankenhausaufenthaltes, einer Rehabilitation, einer Kurzzeitpflege, etc.)

von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

An folgenden Werktagen ist eine Begutachtung aus zwingenden Gründen nicht möglich (z.B. wegen einer Dialyse, einer Chemotherapie, etc.):

Montag  Dienstag  Mittwoch  Donnerstag  Freitag  Samstag

**1.7 Mein Pflegegutachten soll mir zugesandt werden:**

Ja  Nein

**2. ANGABEN ZU AMBULANTEN PFLEGELEISTUNGEN**

**2.1 Meine Pflege wird von folgender Pflegeperson durchgeführt:**

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Anschrift und Telefonnummer

**2.2 Meine Pflegeperson pflegt noch weitere pflegebedürftige Personen?**

Ja  Nein

**2.3 Meine Pflege erfolgt bereits durch einen Pflegedienst?**

Ja  Nein

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname, Anschrift, Telefon

**2.4 Ich werde in einer Wohngruppe gepflegt?**

Ja  Nein

**3. ANGABEN ZU VOLLSTATIONÄREN PFLEGELEISTUNGEN**

**3.1 Meine vollstationäre Pflege soll erfolgen ab:** \_\_\_\_\_

**3.2 Ich befinde mich bereits in vollstationärer Pflege seit:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Name der Einrichtung und Ansprechpartner

\_\_\_\_\_  
Anschrift und Telefon

**Datenschutzhinweis (§ 67a Abs. 3 Sozialgesetzbuch - SGB X)**

Wir erheben Ihre Daten im vorliegenden Fall nach § 28 SGB XI. Damit wir unsere Aufgaben rechtmäßig erfüllen können, ist gemäß § 60 SGB I Ihr Mitwirken erforderlich. Fehlt Ihre Mitwirkung, kann dies zu Nachteilen in Ihren Leistungsansprüchen führen.

Haben Sie einen Beihilfeanspruch und sind rentenversicherungspflichtige Pflegepersonen vorhanden, melden wir diese zur Aufnahme der Beitragszahlung an die Beihilfestelle.

Der Schutz Ihrer Daten genießt bei uns höchste Priorität. Informationen zur Verarbeitung Ihrer Daten und zu Ihren Rechten finden Sie unter [www.bertelsmann-bkk.de/datenschutz](http://www.bertelsmann-bkk.de/datenschutz).

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Versicherte/r / Bevollmächtigte/r

\_\_\_\_\_  
Telefonnummer für Rückfragen

\_\_\_\_\_  
Name, wenn abweichend

**Bertelsmann BKK**  
**Pflegekasse**  
**Postfach 170**  
**33311 Gütersloh**

Versicherte/r:

Herr  Frau

Name

Straße

PLZ, Ort

Krankenversicherungsnummer

### Erteilung einer Vollmacht

Ich bevollmächtige nachstehend aufgeführte Person mich in allen Angelegenheiten der Pflegekasse der Bertelsmann BKK zu vertreten. Die Vollmacht kann ich jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Die/der Bevollmächtigte ist berechtigt, für mich zukünftig Anträge zu stellen, gegenüber der Pflegekasse der Bertelsmann BKK, Erklärungen abzugeben und entgegenzunehmen und mich bei sonstigen Handlungen zu vertreten:

---

Name, Vorname

---

Anschrift

---

Telefon / Mobiltelefon

Post bitte ausschließlich an den o.g. Bevollmächtigten senden

Post bitte an den o.g. Bevollmächtigten und an mich senden

---

Datum

Unterschrift Versicherte/r

**Bertelsmann BKK**  
**Pflegekasse**  
**Postfach 170**  
**33311 Gütersloh**

Versicherte/r:

Herr  Frau

Name

Straße

PLZ, Ort

Krankenversicherungsnummer

**Bitte überweisen Sie Pflegeleistungen auf folgendes Konto:**

Kontoinhaber \_\_\_\_\_

Institut \_\_\_\_\_

IBAN \_\_\_\_\_

Datum

Unterschrift Versicherte/r / Bevollmächtigte/r