

An
R+V Betriebskrankenkasse
65215 Wiesbaden

Datum: _____

Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung – Änderungsantrag

Name, Vorname	
Geburtsdatum	
Versichertennummer	
Anschrift	
Telefonnummer (bitte angeben)	

Ich beantrage die:

- Begutachtung der Pflegebedürftigkeit wegen verändertem Hilfebedarf (bspw. Höherstufung)
- Umstellung der aktuellen Pflegeleistungen zum



Ich beantrage die Begutachtung der Pflegebedürftigkeit wegen verändertem Hilfebedarf (Höherstufung)

- Geldleistung – Die Pflege erfolgt durch eine private, selbstorganisierte Pflegeperson.
- Sachleistung – Die Pflege erfolgt durch einen zugelassenen Pflegedienst.
- Kombinationsleistung – Die Pflege erfolgt durch eine Privatperson und einen Pflegedienst
- Vollstationäre Pflege in einem Pflegeheim
- Vollstationäre Pflege in einer Einrichtung für Menschen mit Behinderung

Geldleistungen sollen an folgende Bankverbindung gezahlt werden:

IBAN	
BIC	
Geldinstitut	
Kontoinhaber	

Die Pflege wird sichergestellt:

- im eigenen Haushalt
- im Haushalt eines Familienangehörigen
- bei/im _____

Hilfebedarf besteht im Bereich der:

- Mobilität (bspw. für den Positionswechsel im Bett, das Halten einer stabilen Sitzposition)
- Kognitiven und kommunikativen Fähigkeiten (bspw. bei Erkennen von Personen)
- Verhaltensweisen und psychische Problemlagen (bspw. bei Verhaltensauffälligkeiten)
- Selbstversorgung (bspw. Körperpflege bzw. Körperhygiene)
- Bewältigung von und selbstständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen (bspw. Medikamentenversorgung, Verbandswechsel)
- Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte (bspw. sich beschäftigen, Ruhen und Schlafen, Kontaktpflege zu Personen)

Die Pflege wird durchgeführt von einem/einer:

- Pflegedienst, Pflegeheim, Tagespflegeeinrichtung, Einrichtung für Menschen mit Behinderung
- Der Pflegedienst/die Einrichtung ist tätig seit dem _____

Name, Vorname	
Anschrift	
Telefonnummer	

- Private Pflegeperson

	Pflegeperson 1	Pflegeperson 2	Pflegeperson 3
Name, Vorname			
Anschrift			
Geburtsdatum			
Telefonnummer			
Ist die Pflegeperson neben der Pfllegetätigkeit berufstätig?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, seit _____ für <input type="checkbox"/> > 30 Std./Woche <input type="checkbox"/> <= 30 Std./Woche	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, seit _____ für <input type="checkbox"/> > 30 Std./Woche <input type="checkbox"/> <= 30 Std./Woche	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, seit _____ für <input type="checkbox"/> > 30 Std./Woche <input type="checkbox"/> <= 30 Std./Woche
Die Person hilft an (mind.) zwei unterschiedlichen Tagen in der Woche, mind. 10 Std./Woche:	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Seit wann wird gepflegt?			
Erhält die Pflegeperson eine Vollrente wegen Alters oder eine vergleichbare Leistung nach Erreichen einer Altersgrenze?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, seit _____	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, seit _____	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, seit _____

Weiterleitung der Empfehlungen des Medizinischen Dienstes

1. Ich bin mit der Weiterleitung der in dem Pflegegutachten ggfs. ausgesprochenen Empfehlung zur Durchführung einer **Rehabilitationsmaßnahme** durch die R+V Betriebskrankenkasse sowie dem aus dieser Weiterleitung resultierenden Antragsverfahren auf Leistungen der med. Rehabilitation einverstanden.

Ja Nein

Ferner stimme ich zu, dass die Rehabilitationsempfehlung an weitere im Rahmen der Begutachtung bestimmte Stellen wie z. B. die behandelnde Arztpraxis übermittelt wird.

Ja Nein

2. Ich bin mit der Weiterleitung der in dem Pflegegutachten ggfs. ausgesprochenen Empfehlung zur **Heilmittelversorgung** durch die R+V Betriebskrankenkasse an die behandelnde Arztpraxis einverstanden.

Ja Nein

Bei Einverständnis („Ja“) anzugeben:

Name des behandelnden Arztes/der behandelnden Ärztin	
Anschrift	

3. Ich bin mit der Weiterleitung der in dem Pflegegutachten ggfs. ausgesprochenen Empfehlung zur **Hilfsmittelversorgung** durch die R+V Betriebskrankenkasse Pflegekasse an die R+V Betriebskrankenkasse als Krankenversicherungsträger sowie dem aus dieser Weiterleitung resultierenden Versorgungsauftrag an einen Vertragspartner der R+V Betriebskrankenkasse einverstanden.

Ja Nein

Einwilligungserklärung:

Ich bin damit einverstanden, dass der Pflegekasse und dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung vorhandene ärztliche Berichte, Gutachten und Befunddokumentationen zur Einsichtnahme zur Verfügung gestellt werden. Ich erteile meinen behandelnden Ärzten, den mich behandelnden Kliniken, mich betreuenden Pflegekräften, Pflegediensten und stationären Pflegeeinrichtungen sowie meinen anderen Therapeuten die Berechtigung Auskünfte zu erteilen, die im Zusammenhang mit dem Antrag auf Pflegeleistungen stehen. 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).

Datenschutzhinweis:

Die Erhebung Ihrer Sozialdaten ist für die Antragsprüfung erforderlich. Bei der Erhebung richten wir uns nach den gesetzlichen Vorgaben (vgl. §94 SGB XI). Ihre persönlichen Daten unterliegen dem Datenschutz (vgl. § 67 ff. SGB X). Liegt ein Beihilfeanspruch vor und sind rentenversicherungspflichtige Pflegepersonen vorhanden, werden diese an die Beihilfestelle zur Aufnahme der Beitragszahlung gemeldet.

Datum, Unterschrift des/der Pflegebedürftigen

Bei diesem Antrag hat mitgewirkt:

Name, Vorname, Anschrift, Tel.-Nr., Stellung zum/zur Pflegebedürftigen (z. B. Betreuer/in)