

zurück an BKK Pflegekasse Würth Gartenstr. 11 74653 Künzelsau

Anschrift des Pflegedienstes / des Pflegeheims

Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung Datenschutzhinweis: Diese Daten werden nach § 60 SGB I i.V.m. § 94 SGB XI erhoben. ☐ Erstantrag ☐ Höherstufungsantrag Angaben zur/zum Pflegebedürftigen Name, Vorname Anschrift des Versicherten Telefonnummer Geburtsdatum Versichertennummer Angaben zur Bankverbindung IBAN BIC Name des Kontoinhabers Angaben zur beantragen Leistung Sachleistung (Pflege durch einen Pflegedienst) Geldleistung (Pflege durch Angehörige/Bekannte) Kombinationsleistung (Sachleistung und Pflegegeld kombiniert) ☐ Tages- oder Nachtpflege ☐ Vollstationäre Pflege (Pflege in einer Einrichtung) Angabe zu privaten Pflegepersonen Telefonnummer Name der Pflegeperson 1 Anschrift Name der Pflegeperson 2 Telefonnummer Anschrift Angaben zur Pflegeeinrichtung Name des Pflegedienstes / des Pflegeheimes Telefonnummer



Seite 2 zum Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung

Die Pflegebedürftigkeit ist die Folge von		
Arbeitsunfall / Berufskrankheit	□ia	nein
	□ ja □ ia	
Versorgungsleiden / Kriegs- oder Wehrdienstschaden	□ ja □ :-	☐ nein
Ärztlicher Behandlungsfehler	∐ ja	∐ nein
Angaben zur Vorversicherungszeit		
Ich bin bereits zwei Jahre bei der Pflegekasse der BKK Würth versichert:	□ ja	nein, zuvor war ich versichert bei
Name der vorherigen Kranken- und Pflegekasse		
Ich erhalte bereits Pflegeleistungen		
☐ von der Unfallversicherung ☐ vo	om Sozialamt	
□ von sonstiger Stelle:		
Ich habe einen Anspruch auf Beihilfe oder freie Heilfürsorge nach beamtenrechtlichen Vorschriften nein ja, da ich in einem beamtenrechtlichen Beschäftigungsverhältnis stehe / stand ja, da ich eine beamtenrechtliche Hinterbliebenenversorgung erhalte ja, da mein Ehegatte / Elternteil im öffentlichen Dienst beschäftigt ist / war		
Angaben zum Ansprechpartner		
Ich verfüge über einen gesetzlichen Betreuer oder eine (bitte entsprechenden Nachweis beifügen)	n Bevollmächtigten:	☐ ja ☐ nein
Name des gesetzlichen Betreuers oder des Bevollmäch	ntigten	Telefonnummer
Anschrift		
Name eines sonstigen Ansprechpartners (bspw. Angeh	nöriger)	Telefonnummer
Anschrift		
Ich bin damit einverstanden, dass der Medizinische Dienst meinen behandelnden Arzt in die Begutachtung einbezieht, ärztliche Auskünfte und Unterlagen über die für die Begutachtung der Pflegebedürftigkeit wichtigen Vorerkrankungen sowie Art, Umfang und Dauer der Hilfebedürftigkeit einholt und die mich pflegenden Angehörigen oder sonstige Personen oder Dienste, die an meine Pflege beteiligt sind, befragt (Nichtzutreffendes bitte streichen).		

Datum

Aufgrund gesetzlicher Regelungen werden Ihre Daten erhoben und verarbeitet. Damit wir unsere gesetzmäßigen Aufgaben rechtmäßig erfüllen können, ist Ihre Mitwirkung nach §§ 60-67 SGB I erforderlich. Angaben zu Kontaktdaten (Email, Telefonnummer, Faxnummer usw.) sind freiwillig und können jederzeit widerrufen werden. Weitere Informationen über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten durch uns und Ihre Recht nach der EU-Datenschutz-Grundverordnung (EU DSGVO) erhalten Sie über unsere Homepage www.bkk-wuerth.de unter der Rubrik "Datenschutz", oder in Papierform unter Tel.-Nr. 07940/9190-0.

Unterschrift des Pflegebedürftigen bzw. des Bevollmächtigten Email-Adresse (freiwillig)