

Bertelsmann BKK  
 Pflegekasse  
 Carl-Miele-Straße 214  
 33311 Gütersloh

**Versicherte/r:**  Herr  Frau

Name, Vorname

Straße und Hausnummer

PLZ und Ort

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Krankenversicherturnummer

## 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:**

- durch das Sozialamt
- von 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 Ehegatten oder von 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

Straße und Hausnummer

PLZ und Ort

### 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:

<input type="text"/> Name, Vorname	<input type="text"/> Telefonnummer
<input type="text"/> Straße und Hausnummer	<input type="text"/> PLZ und Ort

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

Ja  Nein

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

Ja  Nein

<input type="text"/> Name	<input type="text"/> Telefonnummer
<input type="text"/> Straße und Hausnummer	<input type="text"/> PLZ und Ort

### 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:

<input type="text"/> Name der Einrichtung	<input type="text"/> Ansprechpartner	<input type="text"/> Telefonnummer
<input type="text"/> Straße und Hausnummer	<input type="text"/> PLZ und Ort	

Ort, Datum

Telefonnummer für Rückfragen

Unterschrift Versicherte/r / Bevollmächtigte/r

Name, wenn abweichend

#### Datenschutzhinweis (§ 67a Sozialgesetzbuch (SGB) XI)

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).

Bertelsmann BKK  
Pflegekasse  
Carl-Miele-Straße 214  
33311 Gütersloh

## Erteilung einer Vollmacht

### PFLEGEBEDÜRFTIGE/R

Name, Vorname

Straße und Hausnummer

PLZ und Ort

Telefonnummer

Geburtsdatum

Krankenversichertenummer

### 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.

### BEVOLLMÄCHTIGTE PERSON

Name, Vorname

Straße und Hausnummer

Telefonnummer

PLZ und Ort

Post bitte ausschließlich an den oben genannten Bevollmächtigten senden  
(bei Serienbriefen ist dies leider nicht möglich)

Post bitte ausschließlich an mich senden

Ort, Datum

Unterschrift Versicherte/r

Bertelsmann BKK  
Pflegekasse  
Carl-Miele-Straße 214  
33311 Gütersloh

**Versicherte/r:**  Herr  Frau

Name, Vorname

Straße und Hausnummer

PLZ und Ort

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Krankenversichertennummer

## Bankverbindung

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

Kontoinhaber

Bank

IBAN

Ort, Datum

Unterschrift Versicherte/r / Bevollmächtigte/r

Bertelsmann BKK  
Pflegekasse  
Carl-Miele-Straße 214  
33311 Gütersloh

**Versicherte/r:**  Herr  Frau

Name, Vorname

Straße und Hausnummer

PLZ und Ort

Krankenversicherungsnummer

## Unterstützung bei Rehabilitationsempfehlung

Bei Vorliegen einer positiven Rehabilitationsempfehlung möchten wir Sie gerne unterstützen. Damit wir nach Vorlage des Pflegegutachtens das Antragsverfahren schnell und unbürokratisch auslösen können, bitten wir Sie bereits vorab um Beantwortung folgender Fragen:

### Weiterleitung der Unterlagen an den zuständigen Rehabilitationsträger

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die Bertelsmann BKK Pflegekasse die positive Rehabilitationsempfehlung an den zuständigen Rehabilitationsträger (z.B. Krankenkasse, Deutsche Rentenversicherung, Unfallversicherungsträger) weiterleitet.

### Weiterleitung der Unterlagen an andere Personen

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die Bertelsmann BKK Pflegekasse die positive Rehabilitationsempfehlung an folgende Personen weiterleitet:

behandelnder Arzt

Pflegeperson(en)

unabhängig von den o.g. Weiterleitungen:

### Erklärung zur festgestellten positiven Rehabilitationsempfehlung

Sofern eine positive Rehabilitationsempfehlung vorliegt, möchte ich die Rehabilitationsmaßnahme in Anspruch nehmen.

Sofern eine positive Rehabilitationsempfehlung vorliegt, lehne ich die Teilnahme an einer entsprechenden Rehabilitationsmaßnahme ab.

Ort, Datum

Unterschrift Versicherte/r

#### Hinweis Mitwirkungspflicht/ Datenschutzhinweis (§ 67a Sozialgesetzbuch (SGB) X)

Wir erheben Ihre Daten im vorliegenden Fall nach § 31 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.

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).