

Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung

Guten Tag,

beiliegend erhalten Sie Ihren Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung. Bitte senden Sie uns diesen ausgefüllt und unterschrieben zurück.

Um Ihren Antrag schnellstmöglich bearbeiten zu können, geben Sie uns bitte die Telefonnummer(n) an, unter der wir Sie bzw. die Pflegeperson tagsüber erreichen können. Wir veranlassen dann eine Begutachtung zur Prüfung der Voraussetzungen beim Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK).

Bei Bedarf finden Sie eine Leistungs- und Preisübersicht zu Leistungsanbietern im Internet. Falls wir Leistungen genehmigen können, sind alle unter www.bkk-pflegefinder.de aufgeführten Anbieter befähigt, mit uns abzurechnen.

Unter www.bkk-pflegefinder.de können Sie wahlweise nach einer Pflegeeinrichtung an Ihrem Ort oder im Umkreis einer bestimmten Postleitzahl suchen und/oder direkt den Namen der gesuchten Einrichtung eingeben. Durch Angabe der gewünschten Pflegeart können Sie Ihre Suche auf Wunsch weiter eingrenzen. Sollten Sie Leistungs- und Preisvergleichslisten in Papierform wünschen, teilen Sie uns dies bitte einfach mit.

Sind Sie interessiert an einer individuellen Pflegeberatung? Dann vereinbaren Sie einfach innerhalb der nächsten 14 Tage kurzfristig einen konkreten Beratungstermin mit uns.

Unser Serviceangebot für Sie

Haben Sie Fragen? Wir beraten Sie gern persönlich rund um das Thema. Nehmen Sie einfach Kontakt mit uns auf.

In unseren Service-Points sind wir montags bis freitags von 08:00 bis 17:00 Uhr für Sie da.

BKK Mobil Oil
Burggrafstraße 1
29221 Celle

BKK Mobil Oil
Martin-Behaim-Straße 8
63263 Neu-Isenburg

BKK Mobil Oil
Hühnerposten 2
20097 Hamburg

BKK Mobil Oil
Friedenheimer Brücke 29
80639 München

Oder rufen Sie uns an. Telefonisch erreichen Sie uns unter der kostenlosen Hotline 0800 255 0800.

Mit freundlichen Grüßen

Ihre **BKK Pflegekasse Mobil Oil**

Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung

Angaben des/der Pflegebedürftigen		
Name, Vorname	Geburtsdatum	Versichertennummer
Anschrift		Telefon

Antragsart
<input type="checkbox"/> Erstantrag <input type="checkbox"/> Höherstufungsantrag <input type="checkbox"/> Antrag auf Änderung der Leistung ab _____

Antrag auf	
<input type="checkbox"/> ausschließlich Sachleistungen <input type="checkbox"/> ausschließlich Geldleistungen <input type="checkbox"/> eine Kombination aus ¹ <input type="checkbox"/> Sachleistungen <input type="checkbox"/> Geldleistungen	<input type="checkbox"/> vollstationäre Pflege <input type="checkbox"/> Pflege in vollstationären Einrichtungen der Behindertenhilfe <input type="checkbox"/> Tages- und/oder Nachtpflege
Es besteht ein Bedarf an zusätzlichen Betreuungs- und Entlastungsleistungen (in Bezug auf die allgemeine Beaufsichtigung, Betreuung und Entlastung) <input type="checkbox"/> Ja	

Durchführung der Pflege durch einen Pflegedienst oder in einem Pflegeheim	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Name des Pflegedienstes/des Pflegeheims	Heimaufnahme am
Anschrift des Pflegedienstes/des Pflegeheims	

Pflege durch einen 2. Pflegedienst bzw. eine Tages-/Nachtpflegeeinrichtung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Name des zweiten Pflegedienstes/der Tages-/Nachtpflegeeinrichtung	Aufnahme in der Tages-/Nachtpflegeeinrichtung am
Anschrift des zweiten Pflegedienstes/der Tages-/Nachtpflegeeinrichtung	

Durchführung der Pflege durch private Pflegeperson/en im häuslichen Bereich				<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Name der Pflegeperson 1	Geburtsdatum	Ggf. Name der Pflegeperson 2	Geburtsdatum	
Rentenversicherungsnummer	Telefonnummer	Rentenversicherungsnummer	Telefonnummer	
Anschrift der Pflegeperson 1		Anschrift der Pflegeperson 2		

¹ Bei der Kombination dieser Leistungen besteht jeweils ein prozentual anteiliger Anspruch auf die jeweilige Leistung.

Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung von _____
KV-Nr.: _____ **Name** _____

Die Pflegeperson 1 <input type="checkbox"/> oder/und Pflegeperson 2 <input type="checkbox"/> hat/haben sich für die Pflege von der Arbeit freistellen lassen (Arbeitsverhältnis besteht weiterhin).	
<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, vom _____ bis _____ <input type="checkbox"/> voll und unbezahlt (Pflegezeit) <input type="checkbox"/> Ich beantrage Pflegeunterstützungsgeld (Ein gesonderter Antrag wird mir zugesandt) <input type="checkbox"/> teilweise, wöchentliche Arbeitszeit während der Freistellung (Familienpflegezeit): _____ Std.
Krankenkasse der Pflegeperson 1 (Name und Anschrift)	Arbeitgeber der Pflegeperson 1 (Name und Anschrift)
Krankenkasse der Pflegeperson 2 (Name und Anschrift)	Arbeitgeber der Pflegeperson 2 (Name und Anschrift)

Ich befinde mich derzeit <input type="checkbox"/> im Krankenhaus. <input type="checkbox"/> in einer Rehabilitationseinrichtung. <input type="checkbox"/> im Hospiz. <input type="checkbox"/> in ambulanter Palliativversorgung.	
ggf. Name der Einrichtung	ggf. geplante Entlassung

Ich erhalte bereits Pflegeleistungen bzw. habe Pflegeleistungen beantragt. <small>(wenn ja, bitte Bescheinigung beifügen)</small>	
Unfallversicherungsträger <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Beantragt	Ausländischer Träger <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Beantragt
Sozialamt <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Beantragt	Versorgungsamt <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Beantragt
Name, Anschrift des jeweiligen Kostenträgers	Aktenzeichen

Die Pflegebedürftigkeit ist Folge einer Berufserkrankung/ Arbeitsunfalls. <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein eines Versorgungsleidens. <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
--	--

Ich habe nach beamtenrechtlichen Vorschriften einen Anspruch auf Beihilfe oder Heilfürsorge, da	
<ul style="list-style-type: none"> ich im öffentlichen Dienst oder bei einem Arbeitgeber, der sich an die Beihilfevorschriften anlehnt, beschäftigt bin bzw. war oder ich eine Hinterbliebenenversorgung aus einem öffentlich-rechtlichen Dienstverhältnis meines Ehegatten/eines Elternteils erhalte oder mein Ehegatte/ein Elternteil im öffentlichen Dienst beschäftigt ist bzw. war. 	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Name, Anschrift der Beihilfestelle	Aktenzeichen

Vorkassen	
Ich war innerhalb der letzten 10 Jahre bei folgenden Krankenkassen versichert:	
Zeitraum (von...bis):	Name und ggf. Anschrift der Krankenkasse:

Behandelnder Arzt	
Mein behandelnder Arzt/Meine behandelnde Ärztin ist	
Name des Hausarztes (Facharztes)	Anschrift

Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung von _____
KV-Nr.: _____ **Name** _____

Bevollmächtigter (Bitte nur ausfüllen, wenn ein anderer für Sie tätig sein soll.)	
<input type="checkbox"/> Ich habe einen Betreuer.	(Bitte fügen Sie eine Kopie des Betreuer-Ausweises bei.)
<input type="checkbox"/> Ich habe einen Bevollmächtigten.	(Bitte fügen Sie eine Vollmacht bei.)
Name, Vorname bzw. Firma	Anschrift und Telefon tagsüber

Bankverbindung des/der Pflegebedürftigen <input type="checkbox"/>	Bankverbindung bei abweichenden Kontoinhaber <input type="checkbox"/>
Name und Ort des Geldinstituts	Name und Ort des Geldinstituts
DE __/__/__/__/__/__/__	DE __/__/__/__/__/__/__
IBAN (International Bank Account Number) – 22-stellig	IBAN (International Bank Account Number) – 22-stellig
____/____/____/____	____/____/____/____
BIC (Business Identifier Code) – 11-stellig	BIC (Business Identifier Code) – 11-stellig
	Vorname und Name des Kontoinhabers (falls abweichend vom Antragsteller)
	Anschrift des Kontoinhabers (falls abweichend vom Antragsteller)
	Unterschrift des Kontoinhabers (falls abweichend vom Antragsteller)

Datenschutzhinweis

Die Betriebskrankenkasse Mobil Oil (Kassensitz: Friedenheimer Brücke 29 in 80639 München, Telefon: 0800 255 0800, E-Mail: info@service.bkk-mobil-oil.de) als Datenverarbeiter benötigt die geforderten Angaben für die Prüfung und Gewährung von Leistungen der Pflegeversicherung nach § 28 Sozialgesetzbuch (SGB) XI. Ihre Angaben werden an den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung weitergeleitet. Weitere Informationen erhalten Sie unter www.bkk-mobil-oil.de/datenschutz.

Einwilligung

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 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). Diese Einwilligung kann jederzeit formlos mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden.

 Datum, Unterschrift des / der Versicherten

 Datum, Unterschrift des Betreuers/Bevollmächtigten