

Pflegekasse der TBK Thüringer Betriebskrankenkasse - Leipziger Straße 97 - 98617 Meiningen

**Pflegekasse der
TBK Thüringer Betriebskrankenkasse**
Körperschaft des öffentlichen Rechts

Servicestelle	Leipziger Straße 97 98617 Meiningen
Ansprechpartnerin	Christina Hermann
E-Mail	christina.hermann@tbk-gesundheit.de
Telefon	03693 / 5055 320 oder 321
Fax	03693 / 5055 323
Zimmernummer	
Datum	

Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung

Sehr geehrte Damen und Herren,

mit diesem Schreiben erhalten Sie Ihren Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung.

Ob die Voraussetzungen der Pflegebedürftigkeit erfüllt sind und welche Stufe der Pflegebedürftigkeit (Stufe 1 = erheblich pflegebedürftig, Stufe 2 = schwerpflegebedürftig, Stufe 3 = schwerstpflegebedürftig) bzw. ob ein Härtefall vorliegt, wird durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) begutachtet.

Den Termin für die Begutachtung im häuslichen Bereich teilt Ihnen die Pflegezentrale des MDK teils schriftlich. Um Verzögerungen zu vermeiden, informieren Sie bei einer Verhinderung bitte umgehend den MDK in Thüringen telefonisch unter 03643 / 833011 oder direkt unsere Pflegekasse unter der oben angegebenen Telefonnummer.

Sobald das Ergebnis der Prüfung vorliegt, werden wir Ihnen unsere Leistungsentscheidung schriftlich mitteilen. Ebenso übersenden wir Ihnen eine gesonderte Rehabilitationsempfehlung.

Wir möchten Sie noch darauf hinweisen, dass Sie einen Anspruch auf Übermittlung des Gutachtens des MDK haben. Teilen Sie bitte dem Gutachter mit, ob Sie von Ihrem Recht Gebrauch machen wollen. Natürlich kann die Übermittlung auch zu einem späteren Zeitpunkt erfolgen.

Haben Sie Fragen? Nutzen Sie unsere kostenfreie Hotline 0800 / 255 8324 oder besuchen Sie uns auf unserer Internetseite www.tbk-gesundheit.de.

Freundliche Grüße

Ihre TBK Pflegekasse

Zurück an:
 Pflegekasse der
 TBK Thüringer Betriebskrankenkasse
 Leipziger Straße 97
 98617 Meiningen

I. Erstantrag auf Leistungen der Pflegeversicherung

Vorname, Name, Geburtstag der / des Versicherten Versichertennummer

Anschrift der / des Versicherten Telefon-Nr.

Bitte ausfüllen - Anspruch auf Leistungen besteht, wenn in den letzten zehn Jahren vor der Antragstellung mindestens zwei Jahre eine Versicherung bestand. In den letzten 10 Jahren war ich bei folgenden Pflegekassen versichert:

Name, Anschrift	von bis versichert	Versichertennummer

Beantragt wird

- Sachleistung Geldleistung Kombinationsleistung ¹⁾
 Vollstationäre Pflege Sachleistung – häusliche Pflege als Härtefall ²⁾
 Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen
 zusätzliche Betreuungsleistungen (Stufe 0 oder 3)
 zusätzliche Betreuungsleistungen bei bereits anerkannter Pflegebedürftigkeit ³⁾, anerkannte Pflegestufe ____
 (Angaben zur Position II bis IV sind nicht erforderlich)

¹⁾ Wenn Sie die Kombinationsleistung wählen, erhalten Sie die Geldleistung und die Sachleistung jeweils teilweise.

²⁾ In besonders gelagerten Einzelfällen können im Rahmen der häuslichen Pflegehilfe Pflegebedürftigen der Pflegestufe III weitere Pflegeeinsätze über 1.612,00 € bis zu einem Gesamtwert von 1.995,00 € gewährt werden (Härtefall-Richtlinien).

³⁾ Erläuterungen siehe bitte letzte Seite.

Ich bitte um Zusendung einer Kopie des Gutachtens.

II. Die Pflege wird durchgeführt von

Name des Hilfsdienstes / der Sozialstation Heimaufnahme am

Anschrift des Hilfsdienstes / der Sozialstation Telefon-Nr.

Name der Pflegeperson (bei Geldleistung)

Anschrift der Pflegeperson (bei Geldleistung) Telefon-Nr.

III. Hilfebedarf besteht im Bereich

- Ernährung Bewegung Körperpflege Hauswirtschaftliche Versorgung
 Sonstiges _____

Erstantrag auf Leistungen der Pflegeversicherung – Seite 2 von 2

Vorname, Name, Geburtstag der / des Versicherten

Versichertennummer

IV. Ich erhalte bereits Pflegegeld von der Unfallversicherung dem Sozialamt dem Versorgungsamt der Beihilfestelle der Landesblindengeldstelle ausländischem Leistungsträger:_____
Name und Unterschrift_____
Aktenzeichen**V. Behandelnder Arzt (siehe auch unten)**

Name des Arztes

Telefon-Nr.

Anschrift des Arztes

VI. Leistungen/Erstattungen bitte auf folgendes Konto überweisen (Konto des Pflegebedürftigen):

Geldinstitut

BIC

IBAN

Name des Kontoinhabers

Ich bin damit einverstanden, dass der Pflegekasse und dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung von dem oben genannten, mich behandelnden Arzt, Krankenhäusern und den mich betreuenden Pflegepersonen Auskünfte sowie ärztliche Berichte, Gutachten und Befunddokumentationen zur Verfügung gestellt werden. Ich bin ferner damit einverstanden, dass die Krankenkasse und Pflegekasse personenbezogene Daten, die ihnen von einem Arzt zugänglich gemacht worden sind, im erforderlichen Umfang gemeinsam verarbeiten und nutzen (§§ 93 ff. SGB XI).

Bei diesem Antrag hat mitgewirkt:

Datum, Unterschrift der Versicherten

Name, Vorname, Anschrift, Tel.-Nr., Stellung zum Pflegebedürftigen (z. B. Bevollmächtigter)

Datenschutzhinweis (§ 67a Abs. 3 SGB X): Damit wir unsere Aufgaben erfüllen können, ist Ihr Mitwirken nach §§ 7, 28 SGB XI und § 60 SGB I erforderlich. Ihre Daten sind im vorliegenden Fall aufgrund § 94 SGB XI zu erheben. Fehlt Ihre Mitwirkung, kann dies zu Nachteilen (z. B. bei den Leistungsansprüchen) führen.

Zu Abschnitt V. des Antrages:

Es ist Ihnen freigestellt, Ihren Hausarzt zu bitten, die nachfolgenden Angaben zu machen. Wir weisen Sie darauf hin, dass hierfür eventuell anfallende Kosten weder von der Pflege-/Krankenkasse noch vom Medizinischen Dienst der Krankenversicherung übernommen werden können.

Aus hausärztlicher Sicht wichtige Angaben zum umseitigen Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung (z. B. pflegerelevante Diagnosen, pathologische Untersuchungsbefunde etc.):

Ort, Datum_____
Stempel/Unterschrift des behandelnden Arztes