

Zurück an:

Pflegekasse der TBK
Leipziger Straße 97
98617 Meiningen

Antragsdatum: _____

Antrag auf Umstellung der Pflegeleistungen
 eine höhere Pflegeeingruppierung

Vorname, Name, Geburtstag des / der Versicherten	Rentenversicherungsnummer
geboren am	
Name, Vorname, Geburtstag des Angehörigen – falls Pflegebedürftiger	Versicherungsnummer
Anschrift des Pflegebedürftigen	Telefon
I. Ich beantrage eine Umstellung	
Bitte wählen Sie die jeweiligen Leistungen auf diesem Vordruck aus und tragen dort alle erforderlichen Informationen ein.	
– Es haben / werden sich Änderungen in meiner pflegerischen Versorgung ergeben. –	
Ich beantrage daher eine Umstellung auf folgende Leistung(en):	
<input type="checkbox"/> Sachleistungen, ab dem _____ nehme ich folgenden Pflegedienst in Anspruch: Name, Anschrift und Rufnummer des Pflegedienstes / der Sozialstation: _____	
<input type="checkbox"/> sowie anteiliges Pflegegeld, wenn die Sachleistung nicht voll ausgeschöpft wird. Voraussetzung hierfür ist, dass eine Pflegeperson vorhanden ist. (z. B. Lebenspartner, Angehörige, Freunde oder Nachbarn). Name, Anschrift und Rufnummer der Pflegeperson:	
<input type="checkbox"/> Pflegegeld für eine private Pflegeperson ab dem: _____ Name, Anschrift und Rufnummer der Pflegeperson:	
<input type="checkbox"/> Tages- / Nachtpflege ab dem: _____ Name, Anschrift und Rufnummer der Tages- / Nachtpflegeeinrichtung:	
<input type="checkbox"/> Ergänzend zur Tages- / Nachtpflege wird die Pflege im häuslichen Bereich sichergestellt.	
<input type="checkbox"/> Vollstationäre Pflege ab dem: _____ Name, und Anschrift des Pflegeheims:	

Vorname, Name, Geburtstag des / der Versicherten	Rentenversicherungsnummer
geboren am	

II. Ich beantrage eine höhere Pflegeeingruppierung
 Bitte tragen Sie alle erforderlichen Informationen ein.

Ab _____

Derzeit beziehe ich Leistungen der Pflegeversicherung gemäß der Pflegeeingruppierung _____

Bitte senden Sie mir eine Kopie des Gutachtens.

Die Pflege wird durchgeführt von

Name und Anschrift des Pflegedienstes / Pflegeheimes Heimaufnahme am _____

Name und Anschrift der Pflegeperson (bei Geldleistung)

Beratung:

Ich wünsche eine telefonische Beratung ja nein

Ich bin tagsüber zu erreichen unter - Telefonnummer

Bankverbindung für die Überweisung der Pflege- / Betreuungsleistungen

Kontoinhaber

Kreditinstitut (Name) BIC: _____
(8 oder 11-stellig)

IBAN: _____
(max. 31-stellig)

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).

Falls Sie damit nicht einverstanden sind, streichen Sie bitte diesen Abschnitt durch. Sofern Sie die Einwilligung verweigern, kann dies zu Nachteilen bei der Leistungserbringung führen (§ 66 SGB I). Diese Daten werden nach § 60 SGB I i.V.m. § 94 SGB XI erhoben.

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.