

Bitte zurück an:

SECURVITA BKK Pflegekasse
Lübeckertordamm 1-3
20039 Hamburg

oder per Fax an:
040 / 3347 - 9000



Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung

für das Mitglied

für die/den Familienangehörigen

Datenschutzhinweis: Diese Daten werden nach § 60 SGB I i.V.m. § 94 SGB XI erhoben.

Personalien			
Name, Vorname, Geburtstag der/des pflegebedürftigen Versicherten		Versichertennummer	
Anschrift der/des Patienten/in		Telefon	
Beantragt wird			
<input type="checkbox"/> Sachleistung		<input type="checkbox"/> Geldleistung	<input type="checkbox"/> Kombinationsleistung *
Bankverbindung			
Kontonummer	Bankleitzahl	Geldinstitut	Name des Kontoinhabers
Die Pflege wird durchgeführt von			
Name des Hilfsdienstes / der Sozialstation		Tel.-Nr.	
Anschrift des Hilfsdienstes / der Sozialstation			
Name der Pflegeperson			
Anschrift der Pflegeperson		Tel.-Nr.	
Hilfebedarf besteht im Bereich der			
<input type="checkbox"/> Körperpflege		<input type="checkbox"/> Ernährung	<input type="checkbox"/> Mobilität
<input type="checkbox"/> Hauswirtschaftliche Versorgung		<input type="checkbox"/> _____	
Ich erhalte bereits Pflegegeld von			
<input type="checkbox"/> der Unfallversicherung		<input type="checkbox"/> dem Sozialamt	
<input type="checkbox"/> sonstiger Stelle:			
Besteht nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Krankheit und Pflege Anspruch auf Beihilfe oder Heilfürsorge?			
<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja, bei: _____ (bitte Bescheinigung der Beihilfestelle beifügen)	
Ich beantrage zusätzliche Betreuungsleistungen			
Ab _____			
Wegen			
<input type="checkbox"/> demenzbedingten Fähigkeitsstörungen			
<input type="checkbox"/> einer geistigen Behinderung			
<input type="checkbox"/> einer psychischen Erkrankungen			
*Wenn Sie die Kombinationsleistung wählen, erhalten Sie die Geldleistung und die Sachleistung jeweils teilweise			

Ermittlung der Vorversicherungszeiten

Die Leistungsansprüche aus der Pflegekasse sind von der gesetzlichen Erfüllung einer Vorversicherungszeit in der Pflegeversicherung abhängig. Diese beträgt 2 Jahre, innerhalb einer Rahmenfrist von 10 Jahren vor der Antragsstellung. Dabei zählen auch Zeiten, die Sie bei einer anderen gesetzlichen Pflegekasse versichert waren.

Sollten Sie diese Vorversicherungszeit nicht erfüllen, empfehlen wir Ihnen, den Antrag zu einem späteren Zeitpunkt zu stellen.

Für versicherte Kinder gilt die Vorversicherungszeit als erfüllt, wenn ein Elternteil sie erfüllt.

Bitte tragen Sie nachfolgend Ihre genauen Versicherungszeiten ein:

von	bis	selbst-versichert	familien-versichert	Name und Sitz der Krankenkasse

Bitte belegen Sie uns die Zeiten, die Sie bei einer anderen Pflegekasse versichert waren mit einer Mitgliedsbestätigung dieser Pflegekasse.

Behandelnde Ärztin/Behandelnder Arzt	
Name	Tel. -Nr.
Anschrift	

Ich bin damit einverstanden, dass mein o. g. behandelnde/r Ärztin/Arzt vorhandene ärztliche Berichte, Gutachten und Befunddokumentationen dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung zur Verfügung stellt, soweit sie für die Begutachtung der Pflegebedürftigkeit erforderlich sind.

Falls Sie nicht damit einverstanden sind, streichen Sie bitte diesen Abschnitt durch. Sofern Sie die Einwilligung verweigern, kann dies zu Nachteilen bei der Leistungserbringung führen (§ 66 SGB I).

_____ Datum

_____ Unterschrift der/des Versicherten