

BKK Diakonie  
Königsweg 8  
33617 Bielefeld

**Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung**

**Erstantrag**                       **Einstufung in einen höheren Pflegegrad**

Name, Vorname der/des Pflegebedürftigen	Geburtsdatum
Straße und Hausnummer	Telefonnummer
PLZ und Ort	Versichertennummer

Ich habe eine/-n Betreuer/-in:                       nein  ja

Ich habe eine/-n Bevollmächtigte/-n:             nein  ja

Name, Vorname Betreuer/-in bzw. Bevollmächtigte/-r
Straße und Hausnummer
PLZ und Ort
<b>Wichtig!</b> Bitte senden Sie uns schnellstmöglich eine Kopie vom Betreuerbeschluss/-ausweis bzw. der Vollmacht zu, sofern noch nicht geschehen.

**Ich bin bereits zwei Jahre bei der BKK Diakonie Pflegekasse versichert:**

ja     nein, zuvor war ich versichert bei der

Name der Vorversicherung
--------------------------

**Ich beantrage hiermit oder beziehe bereits (bei Höherstufung) folgende Leistungen:**

- Pflegegeld (für eine private Pflegeperson, z. B. Familienangehörige)
- Pflegesachleistung (Leistungserbringung durch einen Pflegedienst/Sozialstation, ggf. auch Kombinationsleistung mit Pflegegeld)
- Vollstationäre Pflege in einem Pflegeheim
- Pflege in einer Einrichtung für behinderte Menschen

**Die Pflege wird durch folgende Person(en) erbracht (Pflegegeld):**

Name, Vorname der Pflegeperson
Straße und Hausnummer
PLZ und Ort

Name, Vorname der Pflegeperson
Straße und Hausnummer
PLZ und Ort

**Folgenden Pflegedienst habe ich beauftragt bzw. werde ich beauftragen (Pflegesachleistung):**

Name des Pflegedienstes
Straße und Hausnummer
PLZ und Ort

**Ich werde in folgender Einrichtung gepflegt (vollstationäre Pflege oder Pflege in einer Einrichtung der Hilfe für behinderte Menschen):**

Name der Einrichtung
Straße und Hausnummer
PLZ und Ort

**Die Pflegebedürftigkeit ist Folge:**

- eines Arbeits-/Haftpflichtunfalls/einer Berufskrankheit:  nein  ja
- eines ärztlichen Behandlungsfehlers:  nein  ja
- eines Versorgungsleidens/eines Kriegs- oder Wehrdienstschadens:  nein  ja

**Ich erhalte bereits vergleichbare Pflegeleistungen von anderen in- oder ausländischen Stellen oder habe derartige Leistungen beantragt:**

- nein  ja, vom
  gesetzlichen Unfallversicherungsträger  
 Versorgungsamt  
 Lastenausgleichsamt (Kriegs-/Wehrdienstschaden)  
 Sozialamt  
 sonstigen Leistungsträgern
- Kopie des Bescheides ist beigelegt.  Kopie des Bescheides wird nachgereicht.

**Ich habe Ansprüche auf Beihilfe oder Heilfürsorge bei Krankheit und Pflegebedürftigkeit.:**

- nein  ja, weil
  ich Beamtin/Beamter bin/war  
 mein(e) Ehepartner(in) Beamtin/Beamter ist/war  
 ein Elternteil Beamtin/Beamter ist/war. – Nur bei pflegebedürftigen Kindern!

**Für die Zahlung des (anteiligen) Pflegegeldes gilt folgende Bankverbindung:**

Kontoinhaber
Geldinstitut
IBAN
BIC (nur bei ausländischer Bankverbindung erforderlich)

**Einwilligungserklärung**

Die nachstehenden Einverständniserklärungen sind freiwillig. Hierbei geht es dem Medizinischen Dienst (MD) vor allem darum, relevante und aktuelle Informationen, insbesondere zu den pflegebegründenden Erkrankungen und gesundheitlich bedingten Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten, zu deren Verlauf und zu durchgeführten Behandlungen und Rehabilitationsleistungen sowie zu Art, Umfang und Dauer der Hilfebedürftigkeit zu erhalten. Mit der Einwilligung werden notwendige Auskünfte und Unterlagen eingeholt. Die Einwilligungserklärung kann einzeln oder insgesamt mit Wirkung für die Zukunft gegenüber der BKK Diakonie schriftlich oder zur Niederschrift widerrufen werden. Durch den Widerruf der Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt.

Ich willige ein (bitte ankreuzen),

- dass der MD meine/-n behandelnde/-n Ärztin/Arzt in die Begutachtung einbezieht, ärztliche Auskünfte und Unterlagen über die für die Begutachtung der Pflegebedürftigkeit wichtigen Vorerkrankungen sowie Art, Umfang und Dauer der Hilfebedürftigkeit einholt. Insoweit entbinde ich meine/-n behandelnde/-n Ärztin/Arzt von der (ärztlichen) Schweigepflicht.

Name, Vorname der behandelnden Ärztin/des behandelnden Arztes
Straße und Hausnummer
PLZ und Ort

- dass der MD die mich pflegenden Angehörigen oder sonstige Personen oder Dienste, die an meiner Pflege beteiligt sind, befragt.  
 dass die BKK Diakonie die von mir im Zusammenhang mit diesem Antrag überlassenen Unterlagen an den MD weitergeben darf.

Datum

Unterschrift

Versicherte/-r bzw. Betreuer/-in, Bevollmächtigte/-r oder gesetzliche/-r Vertreter/-in

**Datenschutzhinweis (§ 67a Sozialgesetzbuch (SGB) X)**

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.bkk-diakonie.de/datenschutz](http://www.bkk-diakonie.de/datenschutz). (Stand: 11/2024)