

# Antrag auf Leistungen der vollstationären Pflege nach § 43 SGB XI

**BKK VerbundPlus**  
Zeppelinring 13  
88400 Biberach

BKK  
PFLERGE  
VERSICHERUNG

Fax: **07351 1824-813**  
E-Mail: **info@bkkvp.de**  
Haben Sie Fragen?  
Servicehotline: **0800 2 234 987**  
(Anrufe aus dem Inland kostenfrei)

Bitte leserlich in Druckbuchstaben ausfüllen und zurücksenden.

## Persönliche Angaben

Name des Versicherten	Vorname des Versicherten
Geburtsdatum des Versicherten	Krankenversichertenummer
Name des Angehörigen – falls Pflegebedürftige/r	Vorname des Angehörigen – falls Pflegebedürftige/r
Geburtsdatum des Angehörigen – falls Pflegebedürftige/r	Versichertennummer des Angehörigen – falls Pflegebedürftige/r

## Die vollstationäre Pflege erfolgt in

Name der Pflegeeinrichtung	Tag der Aufnahme
Straße der Pflegeeinrichtung	PLZ, Ort der Pflegeeinrichtung

## Ich erhalte durch die vollstationäre Pflegeeinrichtung Hilfe in folgenden Bereichen

Mobilität	kognitive und kommunikative Fähigkeiten
Verhaltensweisen und psychische Problemlagen	Selbstversorgung
Behandlungs- und Therapiebewältigung	Alltagsbewältigung

## Grund der vollstationären Heimaufnahme

häusliche Pflege zu Hause nicht sichergestellt  
häusliche Pflege aufgrund Gesundheitsverschlechterung nicht mehr ausreichend  
keine Pflegeperson vorhanden oder weggefallen  
sonstige Gründe

## Ich erhalte oder habe Pflegeleistungen beantragt

bei der Unfallversicherung Sonstige Stelle	bei dem Sozialamt in dem Pflegegrad
Leistungen seit	Antrag gestellt am

## Der behandelnde Arzt ist

Name des Hausarztes/Facharztes	Telefonnummer des Hausarztes/Facharztes
Straße des Hausarztes/Facharztes	PLZ, Ort des Hausarztes/Facharztes

Ich bin damit einverstanden, dass mein o.g. behandelnder Arzt vorhandene ärztliche Berichte, Gutachten und Befunddokumentationen dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung zur Verfügung stellt, soweit sie für die Begutachtung der Pflegebedürftigkeit erforderlich sind. Zudem gilt der Pflegeantrag auch als Antrag für gesetzliche Betreuungs- und Aktivierungsleistungen.

Sofern Sie die Einwilligung verweigern, kann dies zu Nachteilen bei der Leistungserbringung führen (§ 66 SGB I).

## Unterschrift

Datum	Unterschrift des Versicherten
-------	-------------------------------

## Datenschutzhinweis

Diese Daten werden nach §60 SGB I in Verbindung mit §94 SGB XI erhoben.