

Bertelsmann BKK
Pflegekasse
Carl-Miele-Straße 214
33311 Gütersloh

Antrag auf Höherstufung der Pflegebedürftigkeit

Hiermit beantrage ich die Höherstufung der Leistungen der Pflegeversicherung.

1. PFLEGEBEDÜRFTIGE/R

Name, Vorname

Telefonnummer

Straße und Hausnummer

Geburtsdatum

PLZ und Ort

Krankenversichertennummer

2. MEIN BISHERIGER PFLEGEGRAD

1 2 3 4 5

3. MEINE ERREICHBARKEIT

In folgendem **Zeitraum** ist eine **Begutachtung aus zwingenden Gründen nicht möglich**
(z.B. wegen eines Krankenhausaufenthaltes, einer Rehabilitation, einer Kurzzeitpflege, etc.):

von bis

von bis

An folgenden **Werktagen** ist eine **Begutachtung aus zwingenden Gründen nicht möglich**
(z.B. wegen einer Dialyse, einer Chemotherapie, etc.):

Montag Dienstag Mittwoch Donnerstag Freitag Samstag

4. FOLGENDE PERSON SOLL ÜBER MEINEN BEGUTACHTUNGSTERMIN INFORMIERT WERDEN:

Angehöriger Betreuer Pflegeperson

Name, Vorname

Telefonnummer

Straße und Hausnummer

PLZ und Ort

5. MEIN PFLEGEGUTACHTEN SOLL MIR ZUGESANDT WERDEN:

Ja Nein

6. MEIN BEHANDELNDER ARZT:

Name

Straße und Hausnummer

PLZ und Ort

Die vorstehenden Angaben habe ich vollständig und wahrheitsgemäß gemacht.
Ich versichere jede Änderung unverzüglich mitzuteilen.

Ort, Datum

Telefonnummer für Rückfragen

Unterschrift Versicherte/r / Bevollmächtigte/r

Name, wenn abweichend

Datenschutzhinweis (§ 67a Sozialgesetzbuch (SGB) XI)

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.

Der Schutz Ihrer Daten genießt bei uns höchste Priorität. Informationen zur Verarbeitung Ihrer Daten und zu Ihren Rechten finden Sie unter www.bertelsmann-bkk.de/datenschutz.

Bertelsmann BKK
Pflegekasse
Carl-Miele-Straße 214
33311 Gütersloh

Erteilung einer Vollmacht

PFLEGEBEDÜRFTIGE/R

Name, Vorname

Straße und Hausnummer

PLZ und Ort

Telefonnummer

Geburtsdatum

Krankenversichertenummer

Ich bevollmächtige nachstehend aufgeführte Person mich in allen Angelegenheiten der Pflegekasse der Bertelsmann BKK zu vertreten.

Die Vollmacht kann ich jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Die/der Bevollmächtigte ist berechtigt, für mich zukünftig Anträge zu stellen, gegenüber der Pflegekasse der Bertelsmann BKK Erklärungen abzugeben und entgegenzunehmen und mich bei sonstigen Handlungen zu vertreten.

BEVOLLMÄCHTIGTE PERSON

Name, Vorname

Straße und Hausnummer

Telefonnummer

PLZ und Ort

Post bitte ausschließlich an den oben genannten Bevollmächtigten senden
(bei Serienbriefen ist dies leider nicht möglich)

Post bitte ausschließlich an mich senden

Ort, Datum

Unterschrift Versicherte/r

Bertelsmann BKK
Pflegekasse
Carl-Miele-Straße 214
33311 Gütersloh

Versicherte/r: Herr Frau

Name, Vorname

Straße und Hausnummer

PLZ und Ort

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Krankenversicherungsnummer

Unterstützung bei Rehabilitationsempfehlung

Bei Vorliegen einer positiven Rehabilitationsempfehlung möchten wir Sie gerne unterstützen. Damit wir nach Vorlage des Pflegegutachtens das Antragsverfahren schnell und unbürokratisch auslösen können, bitten wir Sie bereits vorab um Beantwortung folgender Fragen:

Weiterleitung der Unterlagen an den zuständigen Rehabilitationsträger

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die Bertelsmann BKK Pflegekasse die positive Rehabilitationsempfehlung an den zuständigen Rehabilitationsträger (z.B. Krankenkasse, Deutsche Rentenversicherung, Unfallversicherungsträger) weiterleitet.

Weiterleitung der Unterlagen an andere Personen

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die Bertelsmann BKK Pflegekasse die positive Rehabilitationsempfehlung an folgende Personen weiterleitet:

behandelnder Arzt

Pflegeperson(en)

unabhängig von den o.g. Weiterleitungen:

Erklärung zur festgestellten positiven Rehabilitationsempfehlung

Sofern eine positive Rehabilitationsempfehlung vorliegt, möchte ich die Rehabilitationsmaßnahme in Anspruch nehmen.

Sofern eine positive Rehabilitationsempfehlung vorliegt, lehne ich die Teilnahme an einer entsprechenden Rehabilitationsmaßnahme ab.

Ort, Datum

Unterschrift Versicherte/r

Hinweis Mitwirkungspflicht/ Datenschutzhinweis (§ 67a Sozialgesetzbuch (SGB) X)

Wir erheben Ihre Daten im vorliegenden Fall nach § 31 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.

Der Schutz Ihrer Daten genießt bei uns höchste Priorität. Informationen zur Verarbeitung Ihrer Daten und zu Ihren Rechten finden Sie unter www.bertelsmann-bkk.de/datenschutz.