



BAHN-BKK
Postfach 90 02 52
60442 Frankfurt am Main

**Erstantrag zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit und auf Leistungen der Pflege
(§§ 36 – 38 SGB XI und § 43 SGB XI)**

1. Antragsdatum:

2. Angaben zur Person des Pflegebedürftigen:

(Vorname, Name, Geburtsdatum)	(Krankenversichertennummer)
(Straße, Haus-Nr., PLZ, Wohnort)	(Telefonnummer)
Die Pflege steht im Zusammenhang mit einem ☐ Unfall mit Drittverschulden ☐ Arbeitsunfall ☐ anerkannten Versorgungsleiden (s. Pkt. 6)	

3. Beantragt wird:

☐ kombinierte Leistung (durch private Pflege und Pflegedienst)	☐ Pflegegeld bei privater Pflege
☐ Sachleistung (durch Pflegedienste)	☐ stationäre Pflege (in einem Pflegeheim)

4. Die Pflege wird durchgeführt von: (bitte unbedingt vollständig ausfüllen)

a) _____ (Vorname, Name, Geburtsdatum) (Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort) (Telefonnummer)
b) _____ (Vorname, Name, Geburtsdatum) (Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort) (Telefonnummer)
c) _____ (Name Pflegedienst) (Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort) (Telefonnummer)
d) _____ (Name Pflegeheim) (Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort) (Telefonnummer)
e) Terminabsprache zur Begutachtung soll erfolgen mit: _____ (ggf. Telefonnummer)
f) Ich möchte eine Kopie des Gutachtens erhalten: ☐ ja ☐ nein

5. Bankverbindung für die Zahlung des Pflegegeldes:

(Konto bei)	(BIC)	(IBAN)
(Kontoinhaber)		

6. Ich erhalte bereits Pflegegeld (ggf. Anschrift und Aktenzeichen)

☐ von der Unfallversicherung _____	☐ vom Sozialamt _____	☐ von sonstiger Stelle _____
---	--	---

7. Für mich besteht als Beamter oder anspruchsberechtigter Familienangehöriger eines Beamten ein Anspruch auf Beihilfeleistungen oder Heilfürsorge nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen

- | | | |
|--|----------------------------|--------------------------|
| 7a. Ich bin/war Beamter/Beamtin | ☐ Nein | ☐ Ja |
| 7b. Ich bin Witwe/Witwer eines Beamten/eine Beamtin | ☐ Nein | ☐ Ja |
| 7c. Ich erhalte Versorgungsbezüge nach beamtenrechtlichen Vorschriften | ☐ Nein | ☐ Ja |
| 7d. | | |

Name und Anschrift der Beihilfefestsetzungsstelle oder des Dienstherrn

8. Der behandelnde Arzt ist

(Name, Anschrift des Hausarztes/Facharztes und Telefon-Nr.)

9. Hinweise zum Datenschutz

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

Ich bin damit einverstanden,

- dass meine behandelnden Ärzte vorhandene ärztliche Berichte, Gutachten und Befunddokumentationen dem Medizinischen Dienst zur Verfügung stellen, soweit sie für die Begutachtung der Pflegebedürftigkeit erforderlich sind.
- Deshalb entbinde ich die Ärzte, bei denen ich in Behandlung bin oder früher in Behandlung oder zur Untersuchung war, von ihrer Schweigepflicht.
- Ich stimme zu, diese Unterlagen und Auskünfte, soweit sie für die Entscheidung über die Leistungsgewährung erforderlich sind, bei meinem Antrag auf Pflegeleistungen zu verwerten.

Falls Sie nicht damit einverstanden sind, streichen Sie bitte diesen Abschnitt durch.

Bitte beachten Sie:

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

Ich nehme zur Kenntnis,

- dass die Daten, die im Zusammenhang mit meiner Begutachtung wegen der Erbringung von Sozialleistungen bekannt geworden sind, für eigene gesetzliche soziale Aufgaben genutzt werden dürfen
- dass die Daten an andere Sozialleistungsträger (z.B. Krankenkasse, Agentur für Arbeit, Versorgungsamt, Berufsgenossenschaft) für deren gesetzliche Aufgaben übermittelt werden dürfen (§ 69 Abs. 1 Nr. 1 SGB X i. V. m. § 76 Abs. 2 SGB X)
- dass ich dem jedoch widersprechen kann,
- dass bei einem Widerspruch aber die Leistung ganz oder teilweise versagt oder entzogen werden kann, nachdem ich auf diese Folge schriftlich hingewiesen worden bin und eine mir gesetzte Frist verstrichen ist (§ 66 SGB I).

(Ort, Datum)

(Unterschrift)