



**Pflegesachleistung** (ambulanter Pflegedienst)

Die Pflegeeinsätze werden durchgeführt von:

Name des Pflegedienstes

Straße

Hausnummer

Postleitzahl

Ort

**Teilstationäre Pflege** (Tages- und Nachtpflege)

Folgende Einrichtung habe ich mit der Inanspruchnahme betraut:

Name der Einrichtung

Straße

Hausnummer

Postleitzahl

Ort

**Vollstationäre Pflege**

**Vollstationäre Pflege ist erforderlich, weil**  
(bitte ankreuzen)

- Fehlende Pflegeperson
- Fehlende Pflegebereitschaft der Pflegeperson
- Drohende Überforderung der Pflegeperson
- Wohnung ist zur Pflege ungeeignet
- Drohende Verwahrlosung der pflegebedürftigen Person
- Eigen- bzw. Fremdgefährdungstendenzen

Ich habe mich für folgende Pflegeeinrichtung entschieden:

Name der Einrichtung

Straße

Hausnummer

Postleitzahl

Ort

**Wurde eine gesetzlich betreuende Person bestellt oder jemand bevollmächtigt?**

- Nein
- Ja (Bitte Namen und Anschrift der betreuenden Person angeben; Kopie der Betreuungsurkunde / Vollmacht beifügen)

Name

Vorname

Straße

Hausnummer

Postleitzahl und Ort

Telefonnummer

**Erhalten Sie bereits Pflegeleistungen von anderer Stelle? (bitte Bescheid beifügen)**

- Sozialamt    Versorgungsamt    Unfallversicherung    anderer Stelle

**Haben Sie Anspruch auf Beihilfe nach beamtenrechtlichen Vorschriften / Heilfürsorge?**

- Nein  
 Ja (Bitte Daten der beihilfeberechtigten Person angeben)

Name Vorname

**Ist Ihre Pflegebedürftigkeit Folge eines der folgenden Ereignisse?**

- Nein  
 Ja (bitte Nachweis beifügen)
- privater Unfall                       Behandlungsfehler  
 Arbeitsunfall                             Wehrdienst  
 Berufskrankheit

**Wer ist Ihr behandelnder (Haus-)Arzt?\***

Name der Praxis

Straße

Hausnummer

Postleitzahl und Ort

Telefonnummer

**Terminvergabe durch den Medizinischen Dienst**

Frühestmöglicher Begutachtungstermin: \_\_\_\_\_

**Gibt es Zeiten an denen eine Begutachtung aus zwingenden Gründen nicht möglich ist?**  
(z. B. Chemotherapie, Dialysetermin, Krankenhaus- und Rehabilitationsaufenthalt, Kurzzeitpflege etc.)

- Nein    Ja, und zwar \_\_\_\_\_

**Gibt es eine Person, die über den Begutachtungstermin informiert werden soll?**  
(z. B. Ihre Pflegeperson, Angehöriger oder bevollmächtigte Person)

- Nein    Ja, und zwar \_\_\_\_\_

**Einverständniserklärung / Unterschrift (unzutreffende Punkte bitte nicht ankreuzen)**

- Ich bin damit einverstanden, dass mein o.g. behandelnder Arzt, die mich betreuenden Pflegepersonen bzw. die Einrichtung vorhandene ärztliche Berichte, Gutachten und Befunddokumentationen dem Medizinischen Dienst (MD) zur Verfügung stellt, soweit sie für die Begutachtung der Pflegebedürftigkeit erforderlich sind.
- Ich verpflichte mich, jede Änderung der Verhältnisse, die einen Einfluss auf die Leistungen der sozialen Pflegeversicherung haben, unverzüglich der Pflegekasse mitzuteilen. Dies sind z. B. Umzug in ein Pflegeheim, Hinzunahme eines Pflegedienstes, Änderung der Bankverbindung, Änderung des Gesundheitszustandes (*Besserung/Verschlechterung*) und Beantragung oder Bezug von Beihilfe- oder Versorgungsleistungen.
- Sofern der Träger der Sozialhilfe zur Prüfung der Leistungspflicht nach § 61 Abs. 1 SGB XII das Gutachten des MD benötigt, kann die Pflegekasse dieses zur Verfügung stellen. Ich wurde darüber informiert, dass ich der Übermittlung widersprechen kann (§ 76 Abs. 2 Nr. 1 SGB X).

Ort, Datum

Unterschrift der Versicherten Person  
*(der bevollmächtigten oder betreuenden Person)*

Telefonnummer\*

**Datenschutzhinweis:** Ihre persönlichen Daten werden zur Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben nach dem Sozialgesetzbuch (SGB) erhoben und verarbeitet. Ihre Angaben unterliegen dem Datenschutz und werden vertraulich behandelt. Rechtsgrundlagen: § 284 SGB V, § 94 SGB XI. Weitere Informationen über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten durch uns und Ihre Rechte nach der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) erhalten Sie bei der BKK EUREGIO oder unter [www.bkk-euregio.de](http://www.bkk-euregio.de) im Impressum.

Die mit einem \* versehenen Angaben sind freiwillig.