

DMS 03089

DKV Deutsche Krankenversicherung AG  
Kundenservice Leistung Spezial



Deutsche Krankenversicherung

Bitte schicken Sie uns den  
Pflegekostennachweis vollständig  
ausgefüllt und unterschrieben zu.

An  
DKV Deutsche Krankenversicherung AG  
50594 Köln

KV \_\_\_\_\_

Versicherungsnummer

**Private Pflegepflichtversicherung**  
**Pflegekostennachweis für die vollstationäre Pflege**  
*An die Pflegeheimleitung mit der Bitte um Ergänzung*

**1. Pflegebedürftige Person**

\_\_\_\_\_

Familienname, Vorname

\_\_\_\_\_

Geburtsdatum

\_\_\_\_\_

Pflegegrad

**2. Wurden Leistungen der Kurzzeitpflege nach § 42 SGB XI in Anspruch genommen?**

Ja, im Zeitraum \_\_\_\_\_

Nein

**3. Werden Leistungen der vollstationären Pflege nach § 43 SGB XI in Anspruch genommen?**

Ja, ab \_\_\_\_\_ (Beginn der vollstationären Pflege)

**4. Werden Leistungen für zusätzliche Betreuung und Aktivierung in der vollstationären Pflege nach § 43b SGB XI in Anspruch genommen?**

Ja, ab \_\_\_\_\_ (Beginn der vollstationären Pflege)

**5. Wird ein Betrag für zusätzliches Pflegehilfskraftpersonal (§ 84 Abs. 9 SGB XI) berechnet?**

Ja, ab \_\_\_\_\_ (Beginn der vollstationären Pflege)

**Unterschriften auf der Rückseite erforderlich**

DMS 03089



**6. Die Leistungen der vollstationären Pflege sollen wie folgt erbracht werden:** Bisherige Bankverbindung Die Deutsche Krankenversicherung AG soll die Leistungen aus Pflegepflichtversicherung an demMonat  auf folgendes Konto überweisen: Es besteht ein Beihilfeanspruch und es gibt mehrere Kostenträger, die anteilige Erstattung erfolgt auf das genannte Konto.

Kontoinhaber

BIC

IBAN

Kreditinstitut

Verwendungszweck bei Zahlung an das Pflegeheim

**Wichtiger Hinweis: Mit Vorlage dieses Formulars entfällt die regelmäßige Rechnungsvorlage. Bitte schicken Sie uns keine Rechnungen.**

Heimrechnungen sind nur bei Unterbrechung oder Beendigung der Pflege unaufgefordert und unverzüglich in Form einer Rechnung der Deutschen Krankenversicherung AG vorzulegen.

Name des Pflegeheimes

Anschrift des Pflegeheimes

IK-Nummer des Pflegeheimes

Ort, Datum

Stempel Heim / Unterschrift Pflegeheimleitung

**Einverständnis des Versicherungsnehmers bzw. des gesetzlichen Vertreters**

Ort, Datum

Unterschrift