

DMS 03081

DKV Deutsche Krankenversicherung AG
Kundenservice Leistung Spezial



Deutsche Krankenversicherung

An
DKV Deutsche Krankenversicherung AG
50594 Köln

KV
Versicherungsnummer

Antrag auf Pflegeleistungen

Datum der Antragstellung

1. Wer ist pflegebedürftig bzw. für wen bestehen Einschränkungen der Alltagskompetenzen?

Familiename, Vorname Geburtsdatum

Straße, PLZ, Ort Telefon/ggf. Mobil

2. Ansprechpartner für den Gutachter zwecks Terminvereinbarung:

Name und Anschrift

Telefonnummer erreichbar von ... bis (Uhrzeit)

3. Werden Sie stationär in einem Krankenhaus oder einer Rehabilitationseinrichtung behandelt oder ist eine solche geplant?

Ja, seit dem Voraussichtlicher Entlassungstag
 Ja, geplant ab Nein

Name und Anschrift der Einrichtung



4. Werden Sie zurzeit in einer Kurzzeitpflegeeinrichtung versorgt oder ist eine Verlegung dorthin geplant?

Ja, seit dem _____ Voraussichtlicher Entlassungstag _____

Ja, geplant ab _____ Nein

Name und Anschrift der Einrichtung

5. Wer soll die Pflege auf Dauer durchführen?

Privatperson (z. B. Angehörige, Bekannte) ab/seit _____

Pflegedienst ab/seit _____

vollstationäres Pflegeheim ab/seit _____

Tages-/Nachtpflegeeinrichtung (teilstationär) ab/seit _____

vollstationäre Behinderteneinrichtung ab/seit _____

Einrichtung für die Betreuung von Demenzpatienten ab/seit _____

Name und Anschrift der Einrichtung des Pflegedienstes

Name und Anschrift der Privatperson 1

Name und Anschrift der Privatperson 2

Bitte unbedingt angeben:

Geburtsdatum Privatperson 1

Geburtsdatum Privatperson 2

6. Werden Hilfsmittel (zum Beispiel Pflegebett, Rollator) benötigt? Wenn ja, welche?

[Empty text box for listing required aids]

7. Erhalten Sie Pflegeleistungen von **anderen Stellen** (außer Beihilfe) oder sind anderweitig welche beantragt?

- Nein, nur bei der DKV
- Ja, bei
 - einer gesetzlichen Unfallversicherung
 - einer anderen privaten Pflegeversicherung
 - Anspruch nach dem Bundesversorgungsgesetz
 - anderweitigen Stellen (**außer Beihilfe**)

Bitte eine Kopie des Bescheides/der Leistungsmitteilung beifügen.

8. Haben Sie (zum Beispiel als Beamter) einen Anspruch auf Beihilfe?

Nein Ja, bei _____
 Name und Adresse der Beihilfestelle

Mit welchem Prozentsatz sind Pflegekosten bei Ihrem Dienstherrn versichert?

Bitte schicken Sie uns einen Nachweis Ihrer Beihilfestelle.

Sie helfen uns damit, eventuelle Lücken in der späteren Abrechnung von Pflegeversicherungsleistungen zu vermeiden.

9. Wohin sollen die Pflegeleistungen überwiesen werden?

- direkt an die Pflegeeinrichtung
- auf mein eigenes Konto
- auf ein anderes Konto

Kontoinhaber	Kreditinstitut
IBAN	BIC

Bitte denken Sie an die Unterschrift auf der Erklärung zur Entbindung von der Schweigepflicht. Vielen Dank.

An
DKV Deutsche Krankenversicherung AG
50594 Köln

**Wir benötigen Ihre Unterschrift
auf Seite 3 dieser Erklärung!**

KV

Versicherungsnummer

Erklärung zur Entbindung von der Schweigepflicht

Leistungen aus der privaten Pflegepflichtversicherung erhalte ich erst, wenn die Pflegebedürftigkeit im Sinne von § 1 Absatz 2 bis 10 MB/PPV 2017 durch ein Gutachten festgestellt worden ist. Dies entspricht § 1 Absatz 11 MB/PPV 2017. Zu diesem Zweck beauftragt mein privater Kranken-/Pflegeversicherer (Versicherer) die MEDICPROOF GmbH (Medicproof), die Begutachtung einem Arzt oder einer Pflegefachkraft (Gutachter) zu übertragen. Medicproof mit Sitz in Köln ist der medizinische Dienst der privaten Pflegepflichtversicherung. Der Gutachter soll insbesondere Folgendes feststellen:

- den Eintritt, den Grad und die Fortdauer einer Pflegebedürftigkeit,
- die Eignung, Notwendigkeit und Zumutbarkeit von Maßnahmen zur Beseitigung, Minderung oder Verhütung einer Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit,
- die Notwendigkeit der Versorgung mit (beantragten) Pflege-/Hilfsmitteln und
- Namen, Geburtsdaten, Adressen und Pflegezeiten von Pflegepersonen.

Mein Versicherer beauftragt Medicproof damit, durch einen Gutachter eine pflegefachliche Stellungnahme über die Sicherstellung der erforderlichen körperbezogenen Pflegemaßnahmen, der pflegerischen Betreuungsmaßnahmen und der Hilfen bei der Haushaltsführung zu erstellen. Die pflegerische Stellungnahme enthält beispielsweise Folgendes:

- Beurteilung der Pflege- und Versorgungssituation auch im Hinblick auf die Pflegepersonen,
- Darstellung eines ganzheitlich betrachteten Pflege- und Versorgungsbedarfs und
- konkrete Hinweise und Vorschläge zur Verbesserung der Pflegesituation.

Weiterhin bietet die private Pflegepflichtversicherung gemäß § 4 Absatz 15 MB/PPV 2017 die Schulung von pflegenden Angehörigen auch in der häuslichen Umgebung des Pflegebedürftigen an. Es handelt sich um eine Versicherungsleistung, die pflegenden Angehörigen konkrete pflegerische Fähigkeiten vermitteln soll. Auch zu diesem Zweck beauftragt mein Versicherer Medicproof damit, die Durchführung der Schulung pflegender Angehöriger einem Gutachter zu übertragen. Der Gutachter vermittelt dabei beispielsweise:

- Lagerungstechniken zur Vermeidung von Druckgeschwüren,
- Rücken schonendes Arbeiten,
- pflegerische Besonderheiten im Zusammenhang mit Inkontinenz und
- pflegerische Besonderheiten im Zusammenhang mit Ernährungsproblemen.



1. Datenübermittlung an Medicproof und den Gutachter

Mein Versicherer übermittelt die zur Begutachtung, zur Anfertigung der pflegfachlichen Stellungnahme und zur Schulung pflegender Angehöriger erforderlichen Daten zu meiner Person, wie

- Name, Adresse und Geburtsdatum und Versicherungsnummer,
- Name der Pflegeeinrichtung oder der mich versorgenden Pflegepersonen,
- Gesundheitsdaten, wie bekannte Diagnosen und Krankheitsbeschreibungen,

an Medicproof. In Einzelfällen können auch ärztliche Entlassungs- oder Behandlungs- und Befundberichte übermittelt werden, wenn dies erforderlich ist, um das Krankheitsbild genau zu beschreiben. Medicproof gibt die im Rahmen der Begutachtung erforderlichen Daten an den beauftragten Gutachter weiter. Gleichzeitig benennt mein Versicherer Hilfsmittel, die vorhanden oder bereits beantragt sind.

Ich **willige** in diese Übermittlung der erforderlichen Daten zur Begutachtung, Anfertigung der pflegfachlichen Stellungnahme und zur Durchführung der Schulung pflegender Angehöriger **ein und entbinde** die für den Versicherer tätigen Personen insoweit von ihrer Schweigepflicht.

2. Datenerhebung bei Dritten

Benötigt der Gutachter weitere Informationen, um die erforderlichen Feststellungen zur Pflegebedürftigkeit treffen zu können, kann die Befragung Dritter erforderlich sein, die mich untersucht, beraten, behandelt oder gepflegt haben. Dritte in diesem Sinne sind Ärzte, Pflegepersonen, pflegende Angehörige und Bedienstete von Pflegediensten und Pflegeheimen. Die Kenntnis der Daten muss zur Beurteilung der Leistungspflicht erforderlich sein.

Ich **bin damit einverstanden**, dass der Gutachter erforderliche Informationen bei den unter 2. genannten Dritten, die mich untersucht, beraten, behandelt oder gepflegt haben, erhebt und zur Feststellung seines Gutachtens verarbeitet und nutzt. Ich entbinde die unter 2. genannten Personen und Stellen dazu von ihrer Schweigepflicht. **Ferner willige ich ein**, dass der Gutachter meine diesbezüglichen Gesundheitsdaten an Medicproof und an meinen Versicherer übermittelt **und entbinde** ihn insoweit von seiner Schweigepflicht.

3. Übermittlung des Gutachtens/der pflegfachlichen Stellungnahme an Medicproof und meinen Versicherer

Medicproof muss – in Übereinstimmung mit den gesetzlichen Bestimmungen (§ 23 Absatz 6 Nr. 1 SGB XI) – bei der Begutachtung sicherstellen, dass die gleichen Maßstäbe und Grundsätze wie in der sozialen Pflegeversicherung angewendet werden. Außerdem gewährleistet Medicproof, dass das Begutachtungsverfahren einheitlich ausgestaltet ist und prüft, ob das Gutachten vollständig und plausibel ist. Medicproof hat in seinem Gutachten zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach Maßgabe von § 6 Absatz 2 Satz 2 MB/PPV 2017 eine konkrete Empfehlung zur Hilfsmittel- und Pflegehilfsmittelversorgung abzugeben.

Ich **ermächtige** den jeweiligen Gutachter, das Gutachten und gegebenenfalls die pflegfachliche Stellungnahme an Medicproof zu übermitteln. **Hierzu entbinde ich** ihn von seiner Schweigepflicht. Medicproof wird das jeweilige Gutachten und gegebenenfalls die pflegfachliche Stellungnahme nach Qualitätsprüfung an meinen Versicherer weiterleiten. **Ferner stimme ich zu**, dass die Empfehlung zur Hilfsmittel- und Pflegehilfsmittelversorgung als Antrag zur Leistungsgewährung gilt.

4. Verzögerte Feststellung der Pflegebedürftigkeit

Mein Versicherer muss mich innerhalb einer gesetzlichen Frist (§ 18 Abs. 3 SGB XI) über die Feststellung von Pflegebedürftigkeit informieren. Wird diese Frist nicht eingehalten, habe ich unter den Voraussetzungen des § 6 Abs. 2a MB/PPV 2017 einen Anspruch auf Zusatzzahlung nach Nr. 12 des Tarifs PV.

Ich **bin damit einverstanden**, dass Medicproof zur Beurteilung der Leistungspflicht meinem Versicherer die Umstände für Verzögerungen im Begutachtungsverfahren mitteilt, auch soweit es sich um Gesundheitsdaten handelt.

5. Datenverwendung durch den Gutachter, Medicproof und meinen Versicherer

Ich willige ein, dass mein Versicherer die zur Durchführung des Versicherungsvertrages erforderlichen Daten, insbesondere Gesundheitsdaten, die im Zusammenhang mit meiner Begutachtung und der Schulung pflegender Angehöriger erhoben wurden und werden, erhebt, verarbeitet und nutzt. Dem Gutachter und Medicproof **erlaube ich**, diese Daten in dem für eine ordnungsgemäße Begutachtung und Schulung pflegender Angehöriger erforderlichen Umfang zu erheben, zu verarbeiten und zu nutzen.

7. Mitteilungen an Leistungserbringer von Hilfsmitteln und Pflegehilfsmitteln

Ich willige ein, dass mein Versicherer die zur Durchführung der Leistungsgewährung von Hilfsmitteln und Pflegehilfsmitteln erforderlichen Daten, insbesondere die sich aus der Empfehlung zur Hilfsmittel- und Pflegehilfsmittelversorgung ergebenden Gesundheitsdaten, die im Zusammenhang mit meiner Begutachtung erhoben wurden und werden, dem Leistungserbringer von Hilfsmitteln und Pflegehilfsmitteln mitteilt **und entbinde** die für meinen Versicherer tätigen Personen auch insoweit von ihrer Schweigepflicht.

6. Mitteilungen an das Pflegeheim

Bei vollstationärer Pflege **bin ich damit einverstanden**, dass mein Versicherer dem Pflegeheim auf Anfrage meinen Pflegegrad mitteilt **und entbinde** die für meinen Versicherer tätigen Personen insoweit von ihrer Schweigepflicht. Nach dem Pflegegrad richtet sich die Höhe des Heimentgeltes. Mein Einverständnis gilt auch beim Wechsel von häuslicher in vollstationärer Pflege.

Widerspruch gegen einen Gutachter

Wenn ich begründete Einwände gegen einen bestimmten Gutachter, der von Medicproof mit meiner Untersuchung zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit beauftragt wurde, habe, kann ich verlangen, dass ein anderer Gutachter beauftragt wird. Lehne ich eine Untersuchung ganz ab, kann mein Antrag auf Pflegeleistungen jedoch regelmäßig nicht bearbeitet werden.

Wir benötigen Ihre Unterschrift auf dieser Seite der Erklärung!

Ort und Datum

Unterschrift der versicherten Person,
des gesetzlichen Vertreters oder einer mit einer
Vorsorgevollmacht versehenen Person

Hinweise

Änderungen in den Verhältnissen, die für die Versicherungsleistungen erheblich sind, müssen dem Versicherer unverzüglich mitgeteilt werden. Dies sind beispielsweise eine Änderungen des Hilfsbedarfs oder der Pflegesituation, wie etwa Krankenhaus-/Rehabilitationsbehandlung, ein Wechsel der Pflegeperson oder des Umfangs der Pflgetätigkeit oder eine Wohnsitzverlegung in das Ausland. **Werden diese Obliegenheiten nicht beachtet, kann der Versicherer hierdurch leistungsfrei werden.**

DMS F03081

DKV Deutsche Krankenversicherung AG
Kundenservice Leistung Spezial



Deutsche Krankenversicherung

An
DKV Deutsche Krankenversicherung AG
50594 Köln

KV

Versicherungsnummer

Bei vollstationärer Pflege zur Vorlage bei der Leitung der Einrichtung

Familienname, Vorname

Geburtsdatum

Anschrift, sofern abweichend von der Pflegeeinrichtung

An die Heimleitung mit der Bitte um Ergänzung und Rücksendung:

Der medizinische Dienst der privaten Pflegeversicherung, die MEDIPROOF Gesellschaft für medizinische Gutachten mbH, Köln, wird sich wegen der Untersuchung des Antragstellers mit Ihnen zwecks Terminabsprache in Verbindung setzen.

Bitte teilen Sie uns dazu einen Ansprechpartner in Ihrem Hause mit:

Name des Ansprechpartners in der Pflegeeinrichtung

Telefonnummer

erreichbar von ... bis (Uhrzeit)

Ort und Datum

Unterschrift und Stempel der Pflegeeinrichtung

Hinweis an die Leitung der Einrichtung

Eine Leistungspflicht in der Pflegeversicherung besteht nur bei Inanspruchnahme von zugelassenen Pflegeeinrichtungen. Die vollen Versicherungsleistungen können nur ausbezahlt werden, wenn außerdem eine Vergütungsvereinbarung nach den Vorschriften des SGB XI abgeschlossen worden ist. Um Rückfragen in Einzelfällen zu vermeiden, möchten wir Sie bitten, eine Kopie der von Ihnen abgeschlossenen Verträge nach SGB XI und im Rahmen des Übergangsrechts nach Artikel 49 PflegeVG ggf. die mit den Sozialhilfeträgern abgeschlossenen Verträge, an die folgende Stelle zu übersenden, damit diese für den Bericht der privaten Pflegepflichtversicherung ein Verzeichnis über die zugelassenen vollstationären Pflegeeinrichtungen aufbauen können:

Verband der privaten Krankenversicherung e.V., Postfach 51 10 40, 50946 Köln

Vielen Dank.



Mit dem Versprechen der **ERGO**
„Versichern heißt verstehen.“