

Zurück an:

Continentale BKK
Zentraler Posteingang
30645 Hannover



Antrag auf Pflegeleistungen

Angaben zur pflegebedürftigen Person	
Nachname:	Vorname:
Straße, Hausnr.:	PLZ, Ort:
Geburtsdatum:	Telefon: (freiwillige Angabe)

Allgemeine Angaben zur Pflegebedürftigkeit
Ist Ihre Pflegebedürftigkeit auf einen Arbeitsunfall oder einen sonstigen Unfall (z. B. Verkehrsunfall) zurückzuführen?
<input type="checkbox"/> Ja, auf einen <input type="checkbox"/> Nein

Beziehen Sie bereits vergleichbare Pflegeleistungen von anderen Trägern?
<input type="checkbox"/> Ja, durch <input type="checkbox"/> Nein (Bitte ggf. eine Kopie des Bescheides beifügen)

Haben Sie Anspruch auf Beihilfe (auch abgeleitete Ansprüche für Ehegatten) oder Heilfürsorge nach beamtenrechtlichen Vorschriften?
<input type="checkbox"/> Ja, durch <input type="checkbox"/> Nein (Bitte ggf. eine Kopie des Bescheides beifügen)

Folgende Pflegeleistung wird beantragt	
1) <input type="checkbox"/> Pflege durch einen Pflegedienst (Sachleistung)	Name:
	Straße:
	PLZ, Ort:
2) <input type="checkbox"/> Pflege durch eine Privatperson (Geldleistung)	Name:
	Straße:
	PLZ, Ort:
	Telefon (freiwillige Angabe):
	Geboren am:
	(Regel-)Altersrentner/in: ja: <input type="checkbox"/> nein: <input type="checkbox"/>
3) <input type="checkbox"/> Kombinierte Pflege	Bitte 1) <u>und</u> 2) ausfüllen.
	4) <input type="checkbox"/> Vollstationäre Pflege

Begutachtung

Zeitraum, in dem eine Begutachtung aus **zwingenden** Gründen **nicht** möglich ist:
(z. B. auf Grund eines Krankenhausaufenthaltes, einer Rehabilitationsmaßnahme, einer Kurzzeitpflege, etc.):

vom _____ bis _____

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

Montag Dienstag Mittwoch Donnerstag Freitag Samstag

Folgende Person soll (abweichend von der pflegebedürftigen Person) über den Beratungstermin informiert werden

Pflegeperson Angehörige/r:
 gesetzliche/r Betreuer/in oder Bevollmächtigte/r
(bitte legen Sie ggf. eine Kopie der Betreuungsurkunde / der Vollmacht bei.)

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Straße, Hausnummer:

PLZ, Ort:

Telefon (freiwillige Angabe):

Mobil (freiwillige Angabe):

Ich wünsche eine **Pflegeberatung** und bin mit der Weitergabe meiner Angaben an MedicalContact AG einverstanden.

Ja Nein

Bankverbindung für die Zahlung des (anteiligen) Pflegegeldes

IBAN: (22 Zeichen)

Kreditinstitut:

Kontoinhaber und Anschrift, wenn nicht gleich pflegebedürftige Person:

Ort, Datum

Unterschrift der pflegebedürftigen Person oder des / der Bevollmächtigten (Vollmacht bitte ggf. beifügen)

Datenschutzhinweis: Die Erhebung und Verarbeitung Ihrer Daten erfolgt auf der Grundlage gesetzlicher Bestimmungen und ist für die Durchführung der Aufgaben der Continentale BKK notwendig. Mehr Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten erhalten Sie auf unserer Website <https://www.continentale-bkk.de/datenschutz/informationen-zur-datenverarbeitung/> oder fordern Sie diese Informationen direkt bei uns an.