

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?

Ja, auf einen

Nein

Beziehen Sie bereits vergleichbare Pflegeleistungen von anderen Trägern?

Ja, durch

(Bitte ggf. eine Kopie des Bescheides beifügen)

Nein

Haben Sie Anspruch auf Beihilfe (auch abgeleitete Ansprüche für Ehegatten) oder Heilfürsorge nach beamtenrechtlichen Vorschriften?

Ja, durch

(Bitte ggf. eine Kopie des Bescheides beifügen)

Nein

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"/> Berufstätig über 30 Std. wtl.: 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	Pflegeeinrichtung:

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)

A horizontal row of 20 empty rectangular boxes, likely for a survey or form.

Kreditinstitut:

Kontoinhaber und Anschrift, wenn nicht gleich pflegebedürftige Person:

Ort, Datum

Unterschrift der pflegebedürftigen Person oder des / der Bevollmächtigten (Vollmacht bitte qgf. 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.