

Zurück an:

Continental BKK  
Zentraler Posteingang  
30645 Hannover



## Antrag auf Eingruppierung in einen höheren Pflegegrad für

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

Folgende Pflegeleistung wird beantragt		
1)	<input type="checkbox"/> <b>Pflege durch einen Pflegedienst</b> (Sachleistung)	Name:
		Straße:
		PLZ, Ort:
2)	<input type="checkbox"/> <b>Pflege durch eine Privatperson</b> (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"/> <b>Kombinierte Pflege</b>	Bitte 1) <u>und</u> 2) ausfüllen.
4)	<input type="checkbox"/> <b>Vollstationäre Pflege</b>	Pflegeeinrichtung:

**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)

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

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.