



## Informationen zum Antrag auf Einstufung in die BKK-Pflegeversicherung

Die Pflegebedürftigkeit orientiert sich daran, ob und inwieweit der Versicherte bei

- Körperpflege
- Ernährung
- Mobilität
- hauswirtschaftlichen Arbeiten

Hilfe benötigt und wie viel Zeit für diese Arbeiten aufgewendet werden muss.

Bitte schicken Sie uns den Antrag und den Erhebungsbogen über den Pflegeaufwand vollständig ausgefüllt und unterschrieben zurück. Nähere Informationen und Hinweise finden Sie im Merkblatt zur Erhebung des Pflegebedarfs und in der Broschüre „Die Pflegeversicherung“.

Möchten Sie eine andere Person damit beauftragen, Ihre Interessen im Rahmen der Kranken- und Pflegeversicherung wahrzunehmen? Dann schicken Sie uns bitte die beiliegende Vollmacht ausgefüllt und unterschrieben zurück. Eine Bestattungsurkunde in Kopie erfüllt den gleichen Zweck!

Haben Sie Interesse an einem Kurs für pflegende Angehörige? Gerne helfen wir Ihnen bei der Suche nach einem passenden Angebot. In immer mehr Regionen können wir Ihnen außerdem eine kostenlose individuelle Schulung für Angehörige (ISA) bei Ihnen zu Hause anbieten. Die Möglichkeit für eine solche Unterstützung haben Sie jederzeit, heute oder zu einem späteren Zeitpunkt.

Wir hoffen, dass die nachfolgenden Materialien Sie bei der Antragstellung unterstützen. Zur Erleichterung der Antragstellung können wir Ihnen zusätzlich ein "Pflegetagebuch" anbieten, in dem Sie detailliert über eine Woche alle Pflegetätigkeiten dokumentieren können. Wenn Sie Interesse daran haben, schicken wir es Ihnen gerne zu.

Falls Sie darüber hinaus Fragen haben oder Unterstützung wünschen, rufen Sie uns doch einfach an oder besuchen uns in der Geschäftsstelle. Sicherlich finden wir gemeinsam eine Lösung für Ihr Anliegen.

Mit freundlichen Grüßen

Ihre  
Bosch BKK

Anlagen



## Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung

Name des Versicherten, Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum/Versicherungs-Nr. \_\_\_\_\_

Anschrift mit Telefonnummer \_\_\_\_\_

- Sachleistung       Geldleistung       Kombinationsleistung  
 Zusätzliche Betreuungsleistungen bei erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf

Bankleitzahl \_\_\_\_\_ Kreditinstitut \_\_\_\_\_

Kontonummer \_\_\_\_\_ Kontoinhaber \_\_\_\_\_

Die Pflege wird ab \_\_\_\_\_ durchgeführt von \_\_\_\_\_

Name des Pflegedienstes/der Sozialstation \_\_\_\_\_ Tel.-Nr. \_\_\_\_\_

Anschrift des Pflegedienstes/der Sozialstation \_\_\_\_\_

Name der pflegenden Person \_\_\_\_\_ Tel.-Nr. \_\_\_\_\_

Anschrift der pflegenden Person \_\_\_\_\_

Ich erhalte bereits Pflegegeld von  
 der Unfallversicherung     dem Sozialamt     \_\_\_\_\_

Ich beziehe Beihilfe  
 nein       ja, von der \_\_\_\_\_  
(Name und Anschrift der Beihilfestelle)

Mein behandelnder Arzt ist \_\_\_\_\_

Name des Hausarztes/Facharztes \_\_\_\_\_ Anschrift des Arztes/Tel.-Nr. \_\_\_\_\_

Ich bin damit einverstanden, dass der Pflegekasse bzw. dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung vorhandene ärztliche Berichte, Gutachten und Befunddokumentationen zur Einsichtnahme zur Verfügung gestellt werden. Die Einwilligung erstreckt sich auf die Einholung von Auskünften bei Ärzten und Pflegepersonen gem. § 18 Abs. 4 SGB XI.

Datum/Unterschrift des Versicherten \_\_\_\_\_



Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Krankenversicherungsnummer: \_\_\_\_\_

## Vollmacht

Ich \_\_\_\_\_  
bevollmächtige Herrn/Frau \_\_\_\_\_  
wohnhaft \_\_\_\_\_

meine Interessen im Rahmen der Kranken- und Pflegeversicherung wahrzunehmen.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

# Erhebungsbogen für den grundpflegerischen Hilfebedarf

(Bitte gut lesbar und sorgfältig ausfüllen!)

Name, Vorname des Antragstellers: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Telefonnummer: \_\_\_\_\_

## Welche Hilfsmittel/Hilfen benutzt der Antragsteller? (Reihenfolge wie Gutachten Haus-/Heimbesuch)

<input type="checkbox"/> Brille	<input type="checkbox"/> Rollator	<input type="checkbox"/> Vorlagen	<input type="checkbox"/> Toilettenstuhl
<input type="checkbox"/> Zahnprothese	<input type="checkbox"/> Rollstuhl	<input type="checkbox"/> Windeln	<input type="checkbox"/> Badehilfe
<input type="checkbox"/> Hörgerät	<input type="checkbox"/> Korsett	<input type="checkbox"/> Urinflasche	<input type="checkbox"/> Pflegebett
<input type="checkbox"/> Unterarm-Gehstützen	<input type="checkbox"/> Kompressionsstrümpfe <input type="checkbox"/> kurz <input type="checkbox"/> lang	<input type="checkbox"/> Urinbeutel <input type="checkbox"/> klein <input type="checkbox"/> groß	<input type="checkbox"/> Antidekubitusmatratze
<input type="checkbox"/> Handgehstock	<input type="checkbox"/> Ernährungspumpe	<input type="checkbox"/> WC-Sitzerhöhung	<input type="checkbox"/> Hausnotruf
	<input type="checkbox"/> PEG-Sonde	<input type="checkbox"/> Blasenkatheter	

Sonstiges: \_\_\_\_\_

## Häufigkeit der persönlichen Arztbesuche/Arztkontakte des Antragstellers

\_\_\_\_\_ mal monatlich    zu Hause                      \_\_\_\_\_ mal monatlich    in der Praxis

## Häusliche Situation des Antragstellers

Alleinlebend                       mit Ehepartner/Lebenspartner/Angehörigem

Benötigt der Antragsteller nachts Hilfe?

Nein                       Ja, welche und wie oft? \_\_\_\_\_

## Wer pflegt den Antragsteller regelmäßig zu Hause?

Name, Vorname, Geburtsdatum*	Straße*	PLZ Wohnort*	Telefonnummer	Berufstätig über 30h/Woche*	Altersrente*	an wieviel Tagen in der Woche?
				<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja	
				<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja	
				<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja	
				<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja	

\*Diese Angaben sind erforderlich zur Feststellung der Rentenversicherungspflicht der Pflegeperson(en).

Name und Vorname des Versicherten: \_\_\_\_\_

**Nimmt der Antragsteller regelmäßig einen Pflegedienst (Sozialstation/Tagespflege) in Anspruch?**

\_\_\_\_\_ mal wöchentlich / Was macht der Pflegedienst?

---

---

**Welche gesundheitlichen Probleme hat der Antragsteller?**

---

---

---

Falls der Antragsteller schon einmal vom MDK begutachtet worden ist:

Was hat sich seit der letzten Begutachtung verändert?

---

---

Körpergröße ..... cm

Körpergewicht ..... kg

**Bestehen geistige/körperliche Störungen?**

Verwechseln der Tageszeiten  sich in der Wohnung nicht zurechtfinden

vertraute Personen nicht erkennen

Auffälliges Verhalten:

---

---

Schluckstörung beim Essen /Trinken  nein  ja

Einschränkung der Finger- und Handfunktion  nein  ja

Gehen alleine (auch mit Hilfsmittel)  nein  ja

Bettlägerigkeit  nein  ja

Blasenschwäche (Blasen-/Urininkontinenz)  nein  teilweise  vollständig

Darmschwäche (Darm-/Stuhlinkontinenz)  nein  teilweise  vollständig

Sonstiges: \_\_\_\_\_

**Was belastet die Pflegeperson bei der Pflege am meisten?**

---

---

---

---

Name und Vorname des Versicherten: \_\_\_\_\_

<b>Körperpflege</b>	nein	wenig	viel	an wieviel Tagen in der Woche ?
Ganzkörperwäsche/Duschen/Baden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Teilwäsche ( <input type="checkbox"/> Rücken, <input type="checkbox"/> Unterleib, <input type="checkbox"/> Füße)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Zahnpflege ( <input type="checkbox"/> Prothese reinigen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Rasieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Säubern des Intimbereiches nach dem Wasserlassen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Säubern des Intimbereiches nach dem Stuhlgang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hose herunter und hochziehen beim Toilettengang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Vorlagen wechseln	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Windeln wechseln	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Toilettenstuhl leeren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Urinbeutel leeren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Stomabeutel leeren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Ernährung</b>				
Kleinschneiden/Pürieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Essen beaufsichtigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Essen geben (füttern)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Trinken beaufsichtigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Trinken geben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sondennahrung geben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Mobilität</b>				
Aufstehen/Zubettgehen ( <input type="checkbox"/> mit Lifter)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Drehen im Bett	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Unterkörper ankleiden/auskleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Oberkörper ankleiden/auskleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Gehen in der Wohnung mit Pflegeperson	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Rollstuhl wird von Pflegeperson geschoben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Ort, Datum:

Name:

Ihre Telefonnummer:

Unterschrift:



## Merkblatt

### Ermittlung des Pflegebedarfs

#### **Ihre Angaben sind eine große Hilfe**

Für den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) sind Ihre Angaben sehr wichtig bei der Erstellung des Pflegegutachtens – und für uns bei der Entscheidung über Ihre Pflegeleistungen. Außerdem gewinnen Sie einen Überblick über alle Tätigkeiten, die im Rahmen Ihrer Pflege anfallen.

#### **Wie Sie den Hilfebedarf erfassen**

Bitte erfassen Sie oder die Pflegeperson Ihren Tagesablauf mit allen notwendigen Pflegetätigkeiten.

#### **Abgrenzung der Pflegestufen**

Für die Zuordnung zu einer bestimmten Pflegestufe sind die Häufigkeit der notwendigen Hilfeleistungen und die dafür benötigte Zeit ausschlaggebend. Zu berücksichtigen sind dabei vorrangig Hilfeleistungen der sogenannten Grundpflege: Körperpflege, Ernährung, Mobilität.

Leistungen der **Pflegestufe I** können nach den gesetzlichen Vorgaben nur die Versicherten erhalten, die im Bereich der Grundpflege mindestens 45 Minuten Pflege benötigen.

Für Leistungen der **Pflegestufe II** sind 120 Minuten notwendig.

Bei **Pflegestufe III** muss ein Pflegebedarf von 240 Minuten sowie eine "Rundum-die-Uhr-Betreuung" vorliegen.

### Zusätzlicher Hinweis für Beihilfeberechtigte

Wenn Sie Beihilfe beziehen und von einer rentenversicherungspflichtigen Pflegeperson gepflegt werden, müssen wir ggf. Angaben über diese Pflegeperson an die Festsetzungsstelle für die Beihilfe oder den Dienstherrn weiterleiten. Bitte tragen Sie deshalb Ihre Beihilfestelle unbedingt im „Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung“ an der dafür vorgesehenen Stelle ein.