Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung

QR-Code scannen und direkt in der **Meine SBK-App** ausfüllen oder unter meine.sbk.org/pflegeantrag

Deutsche Post
ANTWORT

SBK
80227 München

Versichertennummer

Name, Vorname

Geburtsdatum

Angaben zur Pflegesituation

Wie erfolgt die Pflege überwiegend?

☐ Zu Hause von einer Privatperson
☐ Zu Hause von einem Pflegedienst
☐ Zu Hause von einer Privatperson und einem Pflegedienst
☐ In einem Pflegeheim
☐ In einer Einrichtung der Hilfe für behinderte Menschen

Angaben zur Pflegeperson

Bitte ergänzen Sie die Angaben, wenn die Pflege zu Hause erfolgt und eine Pflegeperson vorhanden ist.

	1. Pflegeperson	2. Pflegeperson	3. Pflegeperson
Vorname:			
Nachname:			
Geburtsdatum:			
Straße:			
Hausnummer:			
Ort:			
Postleitzahl:			
Wurde mit dem Arbeitgeber Pflegezeit vereinbart?	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein

Angaben zum Pflegedienst/Pflegeheim/Einrichtung der Hilfe für behinderte Menschen

Bitte ergänzen Sie die Angaben, wenn die Pflege durch einen Pflegedienst, in einem Pflegeheim oder einer Einrichtung erfolgt.

Name

Straße

Hausnummer

PLZ

Ort

Zur Feststellung Ihrer Pflegebedürftigkeit erfolgt eine Begutachtung durch den Medizinischen Dienst (MD).

Gibt es etwas, dass bei der Planung der Begutachtung durch den MD beachtet werden muss?
z. B. eine Krankenhausbehandlung, wichtige Behandlungstermine

☐ Ja

☐ Nein

Ergänzende Angaben zur Pflegebedürftigkeit

Erhalten Sie bereits Pflegeleistungen einer anderen Seite?

☐ Ja ☐ Nein

Welche Pflegeleistungen erhalten Sie?

Von welcher Stelle erhalten Sie die Pflegleistungen?

☐ Versorgungsamt

☐ Berufsgenossenschaft

☐ Unfallversicherung

☐ Sonstige

Haben Sie hierfür ein Aktenzeichen?

☐ Ja ☐ Nein

Aktenzeichen

Gab es einen Unfall oder ein Ereignis, das zur Pflegesituation geführt hat?

☐ Ja ☐ Nein

Was ist die Ursache für die Pflegesituation?

☐ Arbeitsunfall ☐ Behandlungsfehler

☐ Kriegsbeschädigung oder anerkanntes Leiden nach dem Soldatenversorgungsgesetz

☐ Sonstiges

Angaben zur Beihilfestelle / Dienststelle

Haben Sie Anspruch auf Beihilfe oder Heilfürsorge nach beamtenrechtlichen Vorschriften?

☐ Ja ☐ Nein

Name der Beihilfestelle / Dienststelle

Aktenzeichen

Hinweis

Sofern wir für Ihre Pflegeperson Beiträge zur Rentenversicherung abführen, sind wir verpflichtet, Ihre Beihilfestelle/Dienststelle darüber zu informieren.

Ihre Angaben zur Bankverbindung

Uns liegt aktuell keine Bankverbindung von Ihnen vor.

Geben Sie uns bitte hier Ihre aktuelle Bankverbindung an

☐ gültig ab sofort ☐ gültig ab . . (Tag/Monat/Jahr)

IBAN

BIC

Geldinstitut

Kontoinhaber (falls abweichend)

Name Vorname

Die SBK darf diese Bankverbindung **nur einmalig** für diese Überweisung benutzen: ☐ Ja

Diese Kontaktdaten liegen uns von Ihnen vor:

Festnetznummer privat: ---
Handynummer privat: ---
E-Mail:

Festnetznummer geschäftlich: ---
Handynummer geschäftlich: ---

Ergänzen oder ändern Sie hier Ihre Kontaktdaten*:

Festnetznummer privat

Handynummer privat

E-Mail-Adresse _____

Festnetznummer geschäftlich

Handynummer geschäftlich

Hier haben Sie Platz für zusätzliche Anmerkungen:

_____

_____

Hinweis

Haben Sie eine gesetzliche Betreuungsperson oder eine bevollmächtigte Person? Dann fügen Sie bitte die entsprechenden Dokumente (z.B. Betreuungsurkunde, Vollmacht) dem Antrag bei, falls uns diese noch nicht vorliegen.

Damit wir Ihren Antrag auf Pflegeleistungen bearbeiten können, ist ihr Mitwirken nach § 66 Abs. 1 SGB I erforderlich. Die Daten werden ausschließlich zur Erfüllung unserer Aufgaben nach § 94 Abs. 1 SGB XI und zum Zwecke der Bearbeitung Ihres Antrages auf Pflegeleistungen nach den §§ 36 – 45 b SGB XI erhoben und verarbeitet. Bei beihilfeberechtigten Personen werden aufgrund des § 44 Abs. 5 SGB XI die erforderlichen Daten des Antrages an die Beihilfestelle weitergeleitet. Mehr zu den von der SBK verarbeiteten Daten erfahren Sie unter sbk.org/datenschutz oder bei Ihrem persönlichen Kundenberater.

*Die Angaben sind freiwillig und werden zum Zweck der Durchführung der Versicherung verarbeitet. Ihre Daten werden selbstverständlich geschützt und vertraulich behandelt. Eine Weitergabe der Daten an Dritte erfolgt nicht. Mit Ihrer Unterschrift erklären Sie sich mit der Verarbeitung der Daten einverstanden. Mehr zu den von der SBK verarbeiteten Daten erfahren Sie unter sbk.org/datenschutz oder bei Ihrem persönlichen Kundenberater. Das Einverständnis können Sie jederzeit formlos mit Wirkung für die Zukunft ohne Angabe von Gründen per E-Mail an widerruf@sbk.org oder gegenüber Ihrem persönlichen Kundenberater widerrufen.

Mit meiner Unterschrift erkläre ich meine Einwilligung, dass der Medizinische Dienst bei meiner behandelnden Ärztin bzw. meinen behandelnden Arzt Auskünfte einholen darf, sofern diese für die Begutachtung erforderlich sind (§ 18 Abs. 4 SGB XI). Weiterhin bin ich damit einverstanden, dass der Medizinische Dienst Informationen und Unterlagen bei pflegenden Angehörigen oder sonstigen Personen oder Dritten, die an meiner Pflege beteiligt sind, einholt.

_____ _____

Ort, Datum Unterschrift