

**Antwort**  
mhplus Pflegeversicherung  
71632 Ludwigsburg

**E-Mail:** Pflegeversicherung4@mhplus.de

## Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung für

Name, Vorname

Versicherungsnummer

Adresse

### A. Welche Pflegeleistungen benötigen Sie?

Meine Pflege wird sichergestellt durch (bitte **kreuzen Sie** nur **eine Leistung** an):

- Privatperson(en)** Pflegegeld: Sie bekommen von uns monatlich einen Betrag. Das sogenannte Pflegegeld.
- Pflegedienst** Ambulante Pflegeleistung (Sachleistung): Ein Pflegedienst pflegt Sie zu Hause. Dieser rechnet die Kosten mit uns ab.
- Privatperson(en) + Pflegedienst** Kombinations-Leistung: Sie kombinieren die ambulanten Pflegeleistungen mit dem Pflegegeld.
- Pflegeheim** Stationäre Pflege: Sie werden in einem Pflegeheim untergebracht und versorgt.
- Einrichtung der Behindertenhilfe** Sie werden in einer Einrichtung der Behindertenhilfe betreut.

### B. Werden Sie von jemanden vertreten?

Werden Sie **gesetzlich betreut**?

- Nein  Ja (Dann senden Sie uns bitte eine Kopie der Betreuerurkunde)

Möchten Sie jemanden **bevollmächtigen**?

- Nein  Ja. (Dann benötigen wir die Erklärung zur Vollmacht (Anlage 4).)

### C. Auf welches Konto sollen die Leistungen der Pflegeversicherung überwiesen werden?

Bank: \_\_\_\_\_

IBAN: | D | E | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

BIC: | | | | | | | | | | | | | | | |

Kontoinhabende Person: \_\_\_\_\_

### D. Der Medizinischen Dienst besucht Sie meistens zu Hause. Damit dieser Sie antrifft, brauchen wir weitere Angaben:

- An folgenden Tagen erreicht mich der MD am besten:

\_\_\_\_\_

**E. Pflegeperson(en):** Sie werden von (einer) Pflegeperson(en) versorgt? Wer pflegt Sie regelmäßig?

	Pflegeperson 1	Pflegeperson 2
Name der Pflegeperson:		
Geburtsdatum der Pflegeperson	_____._____._____ Tag/Monat/Jahr	_____._____._____ Tag/Monat/Jahr
Adresse der Pflegeperson:		

Meine Pflegeperson...

...bekommt eine **Vollrente wegen Alters**

Pflegeperson 1

Ja  Nein

Pflegeperson 2

Ja  Nein

...Ist **mehr als 30 Stunden** wöchentlich berufstätig.

Ja  Nein

Ja  Nein

...Hat beim Arbeitgeber **Pflegezeit** beantragt.

Ja  Nein

Ja  Nein

**F. Pflegedienst:** Sie werden vom Pflegedienst versorgt? Wer versorgt Sie und wie?

Name und Adresse des Pflegedienstes: \_\_\_\_\_

Der Pflegedienst versorgt mich ab/seit: \_\_\_\_\_

Mein Pflegedienst unterstützt/versorgt mich

bei der **Körperpflege**. Beispiele: beim Duschen, An- und Auskleiden

im **Haushalt**.

**medizinisch**. Beispiele: richtet Medikamente, wechselt Verband oder gibt eine Spritze

**G. Pflegeheim:** Sie sind oder gehen ins Pflegeheim? Dann benötigen wir noch diese Angaben:

In folgender Einrichtung: \_\_\_\_\_

(geplante) Aufnahme: \_\_\_\_\_

Suchen Sie noch nach einem Heim? Unter [www.bkk-pflegefinder.de](http://www.bkk-pflegefinder.de) finden Sie welche in Ihrer Nähe.

**H. Werden Sie zusätzlich tagsüber oder in der Nacht in einer Pflegeeinrichtung versorgt?**

Nein

Ja. In folgender (Name und Anschrift): \_\_\_\_\_

Geben Sie dies an, wenn Sie stundenweise in einer teilstationären Pflegeeinrichtung versorgt werden (tagsüber oder nachts). Diese rechnet die Kosten direkt mit Ihrer mhplus Pflegeversicherung ab.

## I. Ist die Pflegebedürftigkeit Folge eines besonderen Ereignisses? Wenn ja, welches?

- Es handelt sich um eine Berufskrankheit oder um Folgen eines Arbeits-/Schulunfalls.
- Es handelt sich um einen Behandlungsfehler.
- Die Erkrankung ist Folge eines sonstigen Unfalls.

## J. Bekommen Sie schon von einer anderen Stelle Pflegeleistungen oder haben Sie diese beantragt?

- Ja, bei: (Bitte legen Sie eine Kopie des Bescheids dem Antrag bei)
  - der Beihilfestelle.
  - dem Versorgungsamt.
  - dem Sozialamt.
  - der Unfallversicherung.

Bei folgender Stelle: \_\_\_\_\_

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

Aktenzeichen: \_\_\_\_\_

## K. Weitere Angaben zur pflegebedürftigen Person:

\_\_\_\_\_  
Telefon

\_\_\_\_\_  
E-Mail

Die Angabe Ihrer Kontaktdaten ist freiwillig. Sie kann die Kontaktaufnahme des MD beschleunigen.

## L. Erklärung und Unterschrift

Wenn zum Feststellen des Pflegegrades weitere Unterlagen notwendig sind, darf die mhplus Pflegeversicherung diese anfordern. Sie kann auch Auskünfte und Fremdbefunde anfordern. Dazu kann sich die mhplus an meinen Arzt, die Krankenhäuser und meine betreuenden Personen wenden. Die mhplus Pflegeversicherung soll die Unterlagen direkt an den Medizinischen Dienst (MD) senden. Das gilt auch für Unterlagen, die sie von mir bekommen hat.

Der MD kann das Gutachten an meine Pflegeversicherung schicken.

\_\_\_\_\_  
Datum

X

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Kunden/Bevollmächtigten/Betreuers



**Antwort**

mhplus Pflegeversicherung  
71632 Ludwigsburg

**Feststellung der Pflegebedürftigkeit durch den Medizinischen Dienst (MD)  
Änderung/Mitteilung über die Terminvereinbarung  
für**

---

Name, Vorname

Versicherungsnummer

---

Adresse

(Bitte lassen uns dieses Schreiben **nur dann zukommen**, wenn Sie den Termin mit dem MD nicht wahrnehmen können.)

Guten Tag,

ich möchte Ihnen folgende Information zukommen lassen:

- Der Termin mit dem MD kann nicht wie geplant wahrgenommen werden.  
 Ich habe den MD direkt über die Absage informiert.

Grund/Gründe warum der Termin verschoben/abgesagt wurde (z.B. ich bin stationär seit...):

---

---

---

Ich werde mich direkt mit dem MD wegen eines neuen Termins in Verbindung setzen. Dann informiere ich Sie auch als mhplus Pflegeversicherung.

(falls bereits ein neuer Termin mit dem MD besteht):

Neuer Termin für den Hausbesuch: \_\_\_\_\_  
Diesen habe ich am \_\_\_\_\_ mit dem MD vereinbart.

---

Datum

**X**

Unterschrift des Kunden/Bevollmächtigten/Betreuers