

Zurück an:

KRONES BKK
 Bayerwaldstr. 2 L
 93073 Neutraubling

Antragsdatum: _____

Antrag auf eine höhere Pflegeeingruppierung

Vorname, Name, Geburtstag der versicherten Person	Rentenversicherungsnummer
Name, Vorname, Geburtstag des Angehörigen – falls Pflegebedürftiger	Versicherungsnummer
Anschrift des Pflegebedürftigen	Telefon

I. Ich beantrage eine höhere Pflegeeingruppierung

Ab _____

Derzeit beziehe ich Leistungen der Pflegeversicherung gemäß der Pflegeeingruppierung _____

II. Erhöhter Hilfebedarf besteht in folgenden Bereichen

- | | |
|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Ernährung | <input type="checkbox"/> Bewegung |
| <input type="checkbox"/> Körperpflege | <input type="checkbox"/> Sonstiges _____ |

Die Pflegetätigkeit beträgt jetzt im täglichen Durchschnitt _____ Stunden.

Das ärztliche Attest habe ich beigefügt.

III. Die Pflege wird durchgeführt von

 Name und Anschrift des Pflegedienstes / Pflegeheimes

 Heimaufnahme am

 Name und Anschrift der Pflegeperson (bei Geldleistung)

IV. Der behandelnde Arzt ist (bitte nur ausfüllen, falls kein ärztliches Attest beiliegt):

Name und Anschrift des Haus- / Facharztes

Telefon

Ich bin damit einverstanden, dass der Pflegekasse und dem Medizinischen Dienst von dem oben genannten, mich behandelnden Arzt, Krankenhäusern und den mich betreuenden Pflegepersonen Auskünfte sowie ärztliche Berichte, Gutachten und Befunddokumentationen zur Verfügung gestellt werden. Ich bin ferner damit einverstanden, dass die Krankenkasse und Pflegekasse personenbezogene Daten, die ihnen von einem Arzt zugänglich gemacht worden sind, im erforderlichen Umfang gemeinsam verarbeiten und nutzen (§§ 93 ff. SGB XI).

Falls Sie damit nicht einverstanden sind, streichen Sie bitte diesen Abschnitt durch. Sofern Sie die Einwilligung verweigern, kann dies zu Nachteilen bei der Leistungserbringung führen (§ 66 SGB I). Diese Daten werden nach § 60 SGB I i.V.m. § 94 SGB XI erhoben.

Bei diesem Antrag hat mitgewirkt:

Datum, Unterschrift der versicherten Person

Name, Vorname, Anschrift, Tel.-Nr., Stellung zum Pflegebedürftigen (z. B. Bevollmächtigter)

Datenschutzhinweis (§ 67a Abs. 3 SGB X): Damit wir unsere Aufgaben erfüllen können, ist Ihr Mitwirken nach §§ 7, 28 SGB XI und § 60 SGB I erforderlich. Ihre Daten sind im vorliegenden Fall aufgrund § 94 SGB XI zu erheben. Fehlt Ihre Mitwirkung, kann dies zu Nachteilen (z. B. bei den Leistungsansprüchen) führen.

Zu Abschnitt IV des Antrages:

Sie können Ihren Hausarzt bitten, die nachfolgenden Angaben zu machen. Wir weisen Sie darauf hin, dass hierfür eventuell anfallende Kosten weder von der Pflege-/Krankenkasse noch vom Medizinischen Dienst übernommen werden können.

Aus hausärztlicher Sicht wichtige Angaben zum Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung (z. B. pflegerelevante Diagnosen, pathologische Untersuchungsbefunde etc.):

Ort, Datum

Stempel / Unterschrift des behandelnden Arztes

Selbstauskunft zum Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung

Hinweise: Mit Ihren Angaben erleichtern Sie die Bearbeitung Ihres Antrages auf Leistungen der Pflegeversicherung durch den Medizinischen Dienst. Das Ausfüllen der Selbstauskunft ist selbstverständlich freiwillig. Bitte füllen Sie den Bogen gut lesbar und sorgfältig aus. Falls Sie den Bogen nicht selbst ausfüllen können, kann dies auch ein Angehöriger oder eine Pflegeperson für Sie tun.

Name der pflegebedürftigen Person: _____

Geburtsdatum: _____

Körpergröße _____ cm

Körpergewicht _____ kg

Sind Sie in letzter Zeit in einem Krankenhaus behandelt worden? Bitte geben Sie den Namen des Krankenhauses, die Aufenthaltsdauer und den Aufnahmegrund an.

Was hat sich bei Ihnen seit der letzten Begutachtung verändert? Gibt es eine Verschlechterung im Bereich z.B. der Mobilität, geistigen Fähigkeiten, körperliche Belastbarkeit?

Welche Erkrankungen / Beschwerden beeinträchtigen Sie im Alltag am meisten?

Haben Sie in den letzten 4 Jahren eine Rehabilitation (Kur) durchgeführt? ja nein
Falls ja, wann? (Monat/Jahr): _____

Wie wurde die Rehabilitation durchgeführt? ambulant stationär

Welche Hilfsmittel/Hilfen benutzen Sie?

Brille

Zahnprothese

Hörgerät

Kompressionsstrümpfe

Sauerstoffkonzentrator

Hausnotruf

Unterarmgehstützen

Gehstock

Rollator

Rollstuhl

Pflegebett

Antidekubitusmatratze

Toilettenstuhl

Toilettensitzerhöhung

Inkontinenzprodukte

Urinflasche

Badewannenlifter

Duschstuhl

andere (bitte benennen):

Wer pflegt Sie regelmäßig zu Hause?

	Name*, Vorname*	Straße*	PLZ*	Wohnort*	Pflegetage pro Woche*	Pflegestunden pro Woche*	Weitere Pflege-bedürftige, die gepflegt werden*
A							
B							
C							
D							

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

Was genau macht die einzelne pflegende Person für Sie (A macht ...; B macht)?

Wie ist Ihre häusliche Situation?

Ich lebe alleine mit Pflegeperson A B C D (siehe Tabelle)

Werden Sie zu Hause von einem Pflegedienst unterstützt und/oder besuchen Sie eine Tagespflegeeinrichtung?

ja nein

Wie oft? _____mal täglich oder _____mal wöchentlich

Name des Pflegedienstes und/oder der Tagespflegeeinrichtung:

Was macht der Pflegedienst für Sie/bei Ihnen?

- Hilfe beim Verlassen des Bettes

- Hilfe beim Gehen innerhalb der Wohnung _____mal täglich wöchentlich

- Hilfe bei der Körperpflege _____mal täglich wöchentlich

- Hilfe beim Duschen/Baden _____mal täglich wöchentlich

- Hilfe beim An-/Auskleiden _____mal täglich wöchentlich

- Hilfe beim Toilettengang/Wechseln der Einlagen _____mal täglich wöchentlich

- Hilfe bei der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme _____mal täglich wöchentlich

- Hilfe im Haushalt _____mal täglich wöchentlich

Übernimmt der Pflegedienst bei Ihnen eine vom Arzt verordnete Behandlungspflege wie z.B. Medikamente richten und/oder Wundverbände? Wie oft in der Woche macht dies der Pflegedienst?

Besteht eine Inkontinenz? ja nein

- Darminkontinenz Schmierstühle / gelegentlich mehrmals tägl. vollständig
- Blaseninkontinenz Tröpfchen / gelegentlich mehrmals tägl. vollständig

Benötigen Sie nachts die Unterstützung einer anderen Person (z. B. Toilettengang)?

- ja, _____mal pro Nacht nein

Bitte beurteilen Sie die folgenden Aktivitäten:

selbständig im Bett drehen <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	selbständig An- und Auskleiden <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
selbständig aus dem Bett aufstehen <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	selbständig Waschen/Baden/Duschen <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
stabil auf einem Stuhl sitzen <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Waschen/Baden/Duschen mit geringer Hilfe <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
selbständig gehen mit Hilfsmittel z.B. Rollator <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Waschen/Baden/Duschen mit umfangreicher Hilfe <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Gehen mit Unterstützung von Personen <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	selbständige Toilettenbenutzung <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
selbständig sich im Rollstuhl fortbewegen <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Hilfe beim Wechsel von Inkontinenzprodukten <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
sich im Rollstuhl mit Unterstützung von Personen fortbewegen <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	selbständig Speisen kleinschneiden <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
selbständig Treppen steigen <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	selbständig Essen (gemeint ist nicht Einkaufen und Kochen) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Treppen steigen mit Unterstützung von Personen <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	selbständig Trinken <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Haben Sie Einschränkungen in den folgenden Bereichen und brauchen Sie dazu die Unterstützung einer anderen Person? Bitte auch Sprach – und Hörprobleme angeben.

sich zeitlich zu orientieren (z.B. Wochentag, Datum, Tageszeit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	ja	nein
sich örtlich zu orientieren (z.B. in der Wohnung, auf bekannten Wegen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	ja	nein
sich an kurz zurückliegende Ereignisse zu erinnern (z.B. Frühstück)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	ja	nein
sich an wichtige Ereignisse aus Ihrem Leben (z.B. Beruf, Eheschließung) zu erinnern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	ja	nein
Sachverhalte zu verstehen (z.B. in Zeitungsartikeln und Nachrichtenmeldungen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	ja	nein
Aufforderungen zu verstehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	ja	nein
Gesprächsinhalte zu verstehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	ja	nein
Ihre Wünsche und Bedürfnisse mitzuteilen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	ja	nein
nahestehende Personen zu erkennen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	ja	nein
Gefahren zu erkennen (z.B. im Umgang mit Elektrogeräten, Risiken im Verkehr)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	ja	nein
die richtige Reihenfolge beim Waschen und Kleiden einzuhalten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	ja	nein
sich tagsüber beschäftigen (z.B. Handarbeit, Fernsehen, Radio hören)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	ja	nein
nachts schlafen bzw. mit Schlafstörungen zurechtkommen, Lagerungen, Toilettengang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	ja	nein
über den Tag hinaus planen (z.B. einen Arzttermin)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	ja	nein

Hörprobleme, wenn ja welche?

Sprachprobleme, wenn ja welche?

Seheinschränkungen, wenn ja welche?

Gibt es weitere Besonderheiten im Zusammenhang mit Pflege und Betreuung bei denen Sie regelmäßig die Unterstützung einer anderen Person brauchen (z.B. besondere psychische Problemlagen - im Sinne einer Depression / Aggressionen oder weiteren Auffälligkeiten, die eine umfangreiche personelle Unterstützung auf Dauer begründen)?

Bitte notieren Sie hier kurz, um welche Schwierigkeiten es dabei geht, was eine andere Person dann für Sie tun muss und wie oft das vorkommt, erfolgte bereits eine ärztliche Abklärung oder finden Therapien statt. Wie lange bestehen die Auffälligkeiten bereits?

Bei welchen Maßnahmen, die vom Arzt für mind. 6 Monate verordnet werden, benötigen Sie Hilfe von einer anderen Person?

Ich benötige keinerlei personelle Hilfe.

Tabletten, Augentropfen, Zäpfchen (richten und/oder verabreichen) _____mal täglich

Injektionen, z.B. Insulin _____mal täglich

Blutzuckermessung _____mal täglich

Blutdruckmessung _____mal täglich

Kompressionsstrümpfe anziehen _____mal täglich

Kompressionsstrümpfe ausziehen _____mal täglich

andere:

Besuchen Sie dauerhaft (länger als 6 Monate) eine (Fach-) Arztpraxis

____mal monatlich alleine Begleitung erforderlich

Besuchen Sie dauerhaft (länger als 6 Monate) eine Therapeutenpraxis?

<input type="checkbox"/> Krankengymnastik	_____ mal monatlich	<input type="checkbox"/> alleine	<input type="checkbox"/> mit Begleitung
<input type="checkbox"/> Ergotherapie	_____ mal monatlich	<input type="checkbox"/> alleine	<input type="checkbox"/> mit Begleitung
<input type="checkbox"/> Logopädie	_____ mal monatlich	<input type="checkbox"/> alleine	<input type="checkbox"/> mit Begleitung
<input type="checkbox"/> _____	_____ mal monatlich	<input type="checkbox"/> alleine	<input type="checkbox"/> mit Begleitung

Benötigen Sie bei den folgenden Punkten die Unterstützung einer anderen Person?

sich tagsüber beschäftigen (z.B. Handarbeit, Fernsehen, Radio hören)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
nachts schlafen bzw. mit Schlafstörungen zurechtkommen, Lagerungen, Toilettengang	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
über den Tag hinaus planen (z.B. einen Arzttermin)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein