

Versicherungsnummer: _____

PPV-AntragHALLESCHE
Krankenversicherung auf Gegenseitigkeit
Bereich SL / Pflegeversicherung
70166 Stuttgart**Hinweis:**

Der Antrag kann nur bearbeitet werden, sofern dieser vollständig ausgefüllt und vom Antragsteller auf der letzten Seite persönlich unterschrieben wurde. Bei Unterschrift durch eine dritte Person bitte Punkt 7 beachten. Vielen Dank.

Antrag auf Pflegeleistungen

_____	P	_____	/KSH-sl-pf
Versicherungsnummer	VP-Nr.	Datum	

Angaben zur pflegebedürftigen Person:

_____	_____
Familienname, Vorname:	Geburtsdatum

Straße

_____	_____
PLZ/Ort	Telefon

Ich beantrage:

Bei **ambulanter** Pflege bitte die Fragen 1-3 und 5-7 beantworten.
Bei **stationärer** Pflege bitte die Fragen 4-7 beantworten.

- 1) **Kostenerstattung für häusliche Pflege durch einen ambulanten Pflegedienst bzw. eine geeignete Pflegekraft (keine Privatperson, siehe Punkt 2.1)**

Die Pflege wird durchgeführt von:

_____	_____
Pflegeeinrichtung / Name	Telefon / Fax

_____	_____
Straße	PLZ / Ort

Handelt es sich um eine anerkannte Pflegeeinrichtung mit Versorgungsvertrag? Ja Nein

Wird die Pflege von einer bzw. mehreren privaten Pflegeperson(en) allein oder auch ergänzend zu einem Pflegedienst erbracht, so tragen Sie diese Daten bitte unter Punkt 2.1 „Angaben zu den privaten Pflegepersonen“ ein.

Versicherungsnummer: _____

Versicherte/r: _____

PPV-Antrag

2) Pflegegeld, mit dessen Umfang ich die erforderliche Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung durch eine Pflegeperson in geeigneter Weise selbst sicherstelle.

Konto für Pflegegeldleistung:

Kontoinhaber

IBAN (22-stellig)

BIC

2.1) Angaben zu der bzw. den privaten Pflegeperson(en)

Pflegeperson A:

Name, Vorname

Geburtsdatum

Anschrift

Postleitzahl und Ort

Werden von ihr weitere pflegebedürftige Personen gepflegt?

Nein

Ja

Pflegeperson B:

Name, Vorname

Geburtsdatum

Anschrift

Postleitzahl und Ort

Werden von ihr weitere pflegebedürftige Personen gepflegt?

Nein

Ja

3) Es werden folgende Pflegehilfsmittel beantragt:

Versicherungsnummer: _____

Versicherte/r: _____

PPV-Antrag

4) Leistungen für vollstationäre Pflege / Pflege in einer Einrichtung der Hilfe für behinderte Menschen:

Aufnahmedatum: _____

4.1) Angaben zur Pflegeeinrichtung

Die Pflege wird durchgeführt von:

Name der Pflegeeinrichtung

Telefon / Fax

Straße

PLZ / Ort

Handelt es sich um eine anerkannte Pflegeeinrichtung mit Versorgungsvertrag? Ja Nein

5) Es bestehen (bzw. wurden beantragt) noch anderweitige Ansprüche wegen Pflegebedürftigkeit: (z. B. nach dem Bundesversorgungsgesetz, aus gesetzlicher Unfallversicherung, privatrechtlicher Art, sonstiges?)

Nein Ja

Art und Höhe der Ansprüche (bitte Kopie des Anerkennungsbescheides bzw. Antrages beilegen)

6) Es besteht Beihilfeanspruch im Pflegefall:

Nein Ja, Höhe des Beihilfeanspruches: 80% 70 % 50 % Sonst.: _____%

Bitte Bescheinigung der zuständigen Beihilfestelle beifügen, wenn Beihilfe-Bemessungssatz nicht 70 % beträgt.

7) Es wurde eine Betreuung eingerichtet / beantragt bzw. eine Vollmacht erteilt:

Nein Ja: Vollmacht Betreuung

Name

Telefon

Straße

PLZ / Ort

Bitte fügen Sie eine Kopie der Betreuungsurkunde / Vollmacht bei. Handelt es sich um eine notarielle Vollmacht, so benötigen wir aus rechtlichen Gründen eine Kopie der auf den Namen der bevollmächtigten Person ausgestellten Ausfertigung. Alternativ finden Sie auch auf unserer Homepage ein Vollmachtsformular zum Ausdrucken unter: www.hallesche.de/vollmacht.

Versicherungsnummer: _____

Versicherte/r: _____

PPV-Antrag

Einwilligung in die Datenverarbeitung und Schweigepflichtentbindungserklärung

Leistungen aus der privaten Pflegepflichtversicherung erhalte ich, wenn die Pflegebedürftigkeit im Sinne von § 1 Absatz 2 bis 10 MB/PPV I durch ein Gutachten gemäß § 1 Abs. 11 MB/PPV I festgestellt ist oder erneut festgestellt wird. Zu diesem Zweck beauftragt mein privater Kranken- / Pflegeversicherer (Versicherer) die Medicproof GmbH (Medicproof), die Begutachtung einem Arzt oder einer Pflegefachkraft (Gutachter) zu übertragen. Medicproof mit Sitz in Köln ist der medizinische Dienst der privaten Pflegepflichtversicherung. Der Gutachter soll insbesondere Folgendes feststellen:

- den Eintritt, den Grad und die Fortdauer einer Pflegebedürftigkeit,
- die Eignung, Notwendigkeit und Zumutbarkeit von Maßnahmen zur Beseitigung, Minderung oder Verhütung einer Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit,
- die Notwendigkeit der Versorgung mit (beantragten) Hilfsmitteln sowie wohnumfeldverbessernden Maßnahmen und
- Namen, Vornamen, Geburtsdaten, Adressen und Pflegezeiten von Pflegepersonen.

Mein Versicherer kann Medicproof auch beauftragen, dass der Gutachter in einem gesonderten Gutachten Feststellungen zur Notwendigkeit der Versorgung mit (beantragten) Hilfsmitteln sowie wohnumfeldverbessernden Maßnahmen trifft.

Weiterhin bietet die private Pflegepflichtversicherung gemäß § 4 Absatz 15 MB/PPV I Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen in der häuslichen Umgebung der/des Pflegebedürftigen an. Es handelt sich um eine Versicherungsleistung, die pflegenden Angehörigen und ehrenamtliche Pflegepersonen unter anderem konkrete pflegerische Fähigkeiten vermitteln soll. Auch zu diesem Zweck beauftragt mein Versicherer Medicproof damit, die Durchführung des Pflegekurses in Form des Pflege trainings einem Pflegetrainer von Medicproof zu übertragen. Der Pflegetrainer vermittelt dabei beispielsweise:

- Lagerungstechniken für rückenschonendes Arbeiten oder zur Vermeidung von Druckgeschwüren,
- pflegerische Besonderheiten im Zusammenhang mit Inkontinenz und
- pflegerische Besonderheiten im Zusammenhang mit Körperpflege.

Zur Prüfung der Voraussetzungen für die Auszahlung von Pflegegeld benötigt mein Versicherer die Angabe, ob es sich bei den Leistungen des ambulanten Pflegedienstes um Leistungen der häuslichen Pflegehilfe nach dem SGB XI handelt. Handelt es sich um eine ambulante Pflegesituation und ist ein Pflegedienst tätig, beauftragt mein Versicherer Medicproof, durch einen Gutachter im Rahmen der Begutachtung der Pflegebedürftigkeit Folgendes feststellen zu lassen:

Die Beteiligung des ambulanten Pflegedienstes an Maßnahmen der Selbstversorgung (Modul 4 des Begutachtungsinstruments gemäß § 1 Abs. 5 Satz 1, 2 MB/PPV¹).

Versicherungsnummer: _____

Versicherte/r: _____

PPV-Antrag

1. Datenübermittlung an Medicproof, den Gutachter und den Pflegetrainer

Mein Versicherer übermittelt die zur Begutachtung und für das Pflegetraining durch Medicproof erforderlichen personenbezogenen Daten, wie

- meinen Namen, Vornamen, Adresse, Geburtsdatum und Versicherungsnummer,
- Name und Adresse der Pflegeeinrichtung
- Name, Vorname, Adresse und Geburtsdatum der mich versorgenden Pflegepersonen,
- meine Gesundheitsdaten, wie bekannte Diagnosen und Beschreibungen des Krankheitsbildes,

an Medicproof. Bereits vorhandene Pflegegutachten können übermittelt werden, soweit diese für die Durchführung der vorstehend genannten Aufträge erforderlich ist. In Einzelfällen können auch ärztliche Entlassungs- oder Behandlungs- und Befundberichte übermittelt werden, wenn dies erforderlich ist, um das Krankheitsbild genau zu beschreiben. Gleichzeitig benennt mein Versicherer Hilfsmittel und wohnumfeldverbessernde Maßnahmen, die vorhanden oder bereits beantragt sind. Medicproof gibt die für die Begutachtung oder das Pflegetraining erforderlichen Daten an den beauftragten Gutachter bzw. Pflegetrainer weiter.

Ich willige in die Übermittlung der erforderlichen Daten zur Begutachtung und zur Durchführung des Pflegetrainings an Medicproof, den Gutachter und den Pflegetrainer **ein und entbinde** die für den Versicherer tätigen Personen insoweit von ihrer Schweigepflicht.

2. Datenerhebung bei Dritten und Weiterleitung an Medicproof sowie den Versicherer

Benötigt der Gutachter weitere Informationen, um die erforderlichen Feststellungen zur Pflegebedürftigkeit treffen zu können, kann die Befragung Dritter erforderlich sein, die mich untersucht, beraten, behandelt oder gepflegt haben. Dritte in diesem Sinne sind Ärzte und sonstige Angehörige eines Heilberufs, Pflegepersonen, pflegende Angehörige und Bedienstete von Pflegediensten und Pflegeheimen. Die Kenntnis der Daten muss zur Beurteilung der Leistungspflicht erforderlich sein.

Ich willige ein, dass der Gutachter erforderliche Informationen bei den unter 2. genannten Dritten, die mich untersucht, beraten, behandelt oder gepflegt haben, zur Erstellung seines Gutachtens erhebt und verarbeitet. Ich entbinde die unter 2. genannten Personen und Stellen dazu von ihrer Schweigepflicht. **Ferner willige ich ein**, dass der Gutachter meine diesbezüglichen Gesundheitsdaten an Medicproof und an meinen Versicherer übermittelt **und entbinde** ihn insoweit von seiner Schweigepflicht.

3. Übermittlung des Gutachtens zur Pflegebedürftigkeit/des gesonderten Gutachtens zu Hilfsmitteln und wohnumfeldverbessernden Maßnahmen an Medicproof und meinen Versicherer

Medicproof muss – in Übereinstimmung mit den gesetzlichen Bestimmungen (§ 23 Absatz 6 Nr.1 SGB XI) - bei der Begutachtung zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit sicherstellen, dass die gleichen Maßstäbe und Grundsätze wie in der sozialen Pflegeversicherung angewendet werden. Außerdem gewährleistet Medicproof, dass das Begutachtungsverfahren einheitlich ausgestaltet ist und prüft, ob das Gutachten vollständig und plausibel ist. Medicproof hat in ihrem Gutachten zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach Maßgabe von § 6 Absatz 2 Satz 2 MB/PPV¹ eine konkrete Empfehlung zur Hilfsmittelversorgung abzugeben.

Ich willige ein, dass der Gutachter, das Gutachten zur Pflegebedürftigkeit, das gesonderte Gutachten zu Hilfsmitteln und wohnumfeldverbessernden Maßnahmen an Medicproof übermittelt. **Hierzu entbinde ich** ihn von seiner Schweigepflicht. Medicproof wird das jeweilige Gutachten zur Pflegebedürftigkeit sowie das gesonderte Gutachten zu Hilfsmitteln und wohnumfeldverbessernden Maßnahmen sowie die pflegefachliche Stellungnahme nach Qualitätsprüfung an meinen Versicherer übermitteln. **Ferner willige ich ein**, dass die Empfehlung zur Hilfsmittel- und Pflegehilfsmittelversorgung als Antrag zur Leistungsgewährung gilt.

Versicherungsnummer: _____

Versicherte/r: _____

PPV-Antrag

4. Verzögerte Feststellung der Pflegebedürftigkeit

Mein Versicherer muss mich innerhalb einer gesetzlichen Frist (§ 18c Abs. 1 SGB XI) über die Feststellung von Pflegebedürftigkeit informieren. Wird diese Frist nicht eingehalten, habe ich unter den Voraussetzungen des § 6 Abs. 2 a MB/PPV¹ einen Anspruch auf Zusatzzahlung nach Nr. 12 des Tarifs PV.

Ich willige ein, dass Medicproof zur Beurteilung der Leistungspflicht meinem Versicherer die Umstände für Verzögerungen im Begutachtungsverfahren übermittelt, auch soweit es sich um Gesundheitsdaten handelt.

5. Datenverarbeitung durch den Gutachter, Medicproof und meinen Versicherer

Ich willige ein, dass mein Versicherer die zur Durchführung des Versicherungsvertrags erforderlichen Gesundheitsdaten, die im Zusammenhang mit meiner Begutachtung zur Pflegebedürftigkeit, dem Pflegetraining und der Begutachtung von Hilfsmitteln und wohnumfeldverbessernden Maßnahmen erhoben wurden und werden, verarbeitet.

Ferner willige ich ein in die Verarbeitung der erforderlichen Daten zur Prüfung der Voraussetzungen für die Auszahlung von Pflegegeld, die im Rahmen der Begutachtung der Pflegebedürftigkeit erhoben wurden und werden.

Ferner willige ich ein, dass der Gutachter und Medicproof diese Daten in dem für eine Begutachtung zur Pflegebedürftigkeit, eine gesonderte Begutachtung von Hilfsmitteln und wohnumfeldverbessernden Maßnahmen sowie für die Durchführung des Pflegetrainings erforderlichen Umfang verarbeiten.

6. Mitteilungen an das Pflegeheim

Bei vollstationärer Pflege **willige ich ein**, dass mein Versicherer dem Pflegeheim auf Anfrage meinen Pflegegrad übermittelt **und entbinde** die für meinen Versicherer tätigen Personen insoweit von ihrer Schweigepflicht. Nach dem Pflegegrad richtet sich die Höhe des Heimentgeltes. Mein Einverständnis gilt auch beim Wechsel von häuslicher in vollstationäre Pflege.

7. Mitteilungen an Leistungserbringer von Hilfsmitteln und Pflegehilfsmitteln

Ich willige ein, dass mein Versicherer die zur Durchführung der Leistungsgewährung von Hilfsmitteln erforderlichen Daten, insbesondere die sich aus der Empfehlung zur Hilfsmittelversorgung ergebenden Gesundheitsdaten, die im Zusammenhang mit meiner Begutachtung erhoben wurden und werden, dem Leistungserbringer von Hilfsmitteln übermittelt **und entbinde** die für meinen Versicherer tätigen Personen von ihrer Schweigepflicht.

8. Mitteilungen an die zuständige Stelle im Krankenhaus

Ich willige ein, dass mein Versicherer den während meines Krankenhausaufenthaltes durch Medicproof nach Aktenlage zugeordneten Pflegegrad dem Sozialdienst bzw. einer vergleichbaren Stelle im Krankenhaus zur Durchführung des Krankenhaus-Entlassmanagements, z.B. zur Organisation der Überleitung in eine Einrichtung der Kurzzeitpflege, übermittelt **und entbinde** die für meinen Versicherer tätigen Personen auch insoweit von ihrer Schweigepflicht.

Versicherungsnummer: _____

Versicherte/r: _____

PPV-Antrag

Widerspruch gegen einen Gutachter

Wenn ich begründete Einwände gegen einen bestimmten Gutachter, der von Medicproof mit der Begutachtung zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit oder zur Feststellung der Notwendigkeit der Versorgung mit beantragten Hilfsmitteln sowie wohnumfeldverbessernden Maßnahmen beauftragt wurde, haben, können Sie verlangen, dass ein anderer Gutachter beauftragt wird. Lehnen Sie eine Begutachtung ganz ab, kann mein Antrag auf Pflegeleistungen regelmäßig nicht bearbeitet werden.

Hinweise

Änderungen in den Verhältnissen, die für die Versicherungsleistungen erheblich sind, müssen dem Versicherer unverzüglich mitgeteilt werden. Dies sind beispielsweise eine Änderung des Hilfebedarfs oder der Pflegesituation, wie etwa Krankenhaus-/ Rehabilitationsbehandlung, ein Wechsel der Pflegeperson oder des Umfangs der Pflegetätigkeit oder eine Wohnsitzverlegung in das Ausland. **Werden diese Obliegenheiten nicht beachtet, kann der Versicherer hierdurch leistungsfrei werden.**

Freiwilligkeit und Widerrufsmöglichkeit

Es steht Ihnen frei, die Einwilligung/Schweigepflichtentbindungen ganz oder teilweise nicht abzugeben oder jederzeit später durch eine entsprechende Erklärung gegenüber dem Versicherer mit Wirkung für die Zukunft zu widerrufen. Wird die Erklärung insgesamt nicht abgegeben oder werden einzelne Einwilligungen / Schweigepflichtentbindungen gestrichen oder widerrufen, kann dies allerdings zur Folge haben, dass die Leistungen aus der Pflegepflichtversicherung nicht oder nur eingeschränkt erbracht werden können.

Die vorangestellten Erklärungen gelten für die von Ihnen gesetzlich vertretenen Personen (z.B. Ihre Kinder), soweit diese die Tragweite dieser Einwilligung nicht erkennen und daher keine eigenen Erklärungen abgeben können.

Ort, Datum

Unterschrift der versicherten Person, der/des gesetzlichen Vertreterin/Vertreters oder einer mit einer Vorsorgevollmacht versehenen Person

¹MB/PPV = Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) für die private Pflege-Pflichtversicherung Teil I Musterbedingungen in der aktuell gültigen Fassung gemäß dem zuletzt ausgestellten Versicherungsschein bzw. Nachtrag zum Versicherungsschein