

Bitte zurück an:

Onlineformular

vivida bkk
78044 Villingen-Schwenningen

Antrag auf Leistungen der Pflege-Versicherung

- Erstantrag Höherstufung
 für das Mitglied für den Familien-Angehörigen
 für die/den Betreute(n)

Datenschutzhinweis: Diese Daten werden nach § 60 SGB I i.V.m. § 94 SGB XI erhoben

Personalien

Name, Vorname, Geburtstag des Versicherten	Versicherten-Nummer
Name, Vorname, Geburtstag des Pflege-Bedürftigen	Versicherten-Nummer
Anschrift des Pflege-Bedürftigen	Telefon

Evtl. Personalien des gesetzlich bestellten Betreuers (bitte Kopie Betreuungs-Ausweis beifügen)

Name, Vorname	
Anschrift	Telefon

Bankverbindung

IBAN	BIC
Geldinstitut	Name des Kontoinhabers

Ich erhalte bereits Pflegeleistungen von

der Unfall-Versicherung dem Sozialamt dem Versorgungsamt
 der vividabkk im Pflegegrad: _____
 Sonstige Stelle: _____

Besteht nach beamten-rechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Krankheit und Pflege Anspruch auf Beihilfe oder Heilfürsorge?

nein ja, bei _____
 (bitte Bescheinigung der Beihilfestelle beifügen)

Der behandelnde Arzt ist

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

Beantragt wird			
<input type="checkbox"/> Sachleistung	<input type="checkbox"/> Geldleistung	<input type="checkbox"/> Kombinations-Leistung	<input type="checkbox"/> Vollstationäre Pflege

Pflege durch Hilfsdienst, Sozialstation (bei Sach- oder Kombinations-Leistung) oder Pflegeheim

Name des Hilfsdienstes/ der Sozialstation/ des Pflegeheims	Tel.-Nr.
Anschrift des Hilfsdienstes/ der Sozialstation/ des Pflegeheims	

Pflege wird durch private Pflegepersonen durchgeführt

Name	Vorname	Geburtsdatum
Straße		PLZ
		Wohnort

Name	Vorname	Geburtsdatum
Straße		PLZ
		Wohnort

Name	Vorname	Geburtsdatum
Straße		PLZ
		Wohnort

Name	Vorname	Geburtsdatum
Straße		PLZ
		Wohnort

Diese Angaben sind erforderlich zur Feststellung der Renten-Versicherungspflicht der Pflegeperson(en).

Welche Hilfsmittel/Hilfen benutzen Sie?

<input type="checkbox"/> Brille	<input type="checkbox"/> Handgehstock	<input type="checkbox"/> Ernährungspumpe	<input type="checkbox"/> WC-Sitzerhöhung
<input type="checkbox"/> Hörgerät	<input type="checkbox"/> Unterarm-Gehstützen	<input type="checkbox"/> Urinflasche	<input type="checkbox"/> Toilettenstuhl
<input type="checkbox"/> Zahnprothese	<input type="checkbox"/> Rollator	<input type="checkbox"/> Urinbeutel	<input type="checkbox"/> Badewannen-Lifter
<input type="checkbox"/> Korsett	<input type="checkbox"/> Rollstuhl	<input type="checkbox"/> Vorlagen	<input type="checkbox"/> Pflegebett
<input type="checkbox"/> Kompressions-Strümpfe <input type="checkbox"/> (kurz) <input type="checkbox"/> (lang)	<input type="checkbox"/> Hausnotruf	<input type="checkbox"/> Windeln	<input type="checkbox"/> Antidekubitus-Matratze
		<input type="checkbox"/> Stomabeutel	

Datum _____ Unterschrift _____

Ihre persönlichen Daten werden von der vivida bkk zum Zwecke der Erfüllung ihrer gesetzlichen Aufgaben nach dem Sozialgesetzbuch erhoben, gespeichert und verarbeitet. Ihre Angaben unterliegen dem Datenschutz und werden vertraulich behandelt
 Weitere Informationen zum Datenschutz bei der vivida bkk finden Sie unter: www.vividabkk.de/datenschutz