



Bitte zurück an:

BKK ZF & Partner
Pflegekasse
Lindau 26
94034 Passau

Antrag auf Erhöhung des Pflegegrads

Personalien

Name; Vorname, Geburtstag und Krankenversicherungs-Nr. des Pflegebedürftigen

Anschrift des Pflegebedürftigen

Telefon-Nr.

Ich beantrage die Zuteilung eines höheren Pflegegrads

ab _____

Derzeit beziehe ich Leistungen der Pflegeversicherung nach dem Pflegegrad _____

Der behandelnde Arzt ist

Name des Hausarztes/ Facharztes

Telefon-Nr.

Anschrift

Ich bin damit einverstanden, dass mein o.g. behandelnder Arzt vorhandene ärztliche Berichte, Gutachten und Befunddokumentationen dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung zur Verfügung stellt, soweit sie für die Begutachtung der Pflegebedürftigkeit erforderlich sind. Sie nicht damit einverstanden sind, streichen Sie bitte diesen Abschnitt durch.

Datenschutzhinweis (§ 67a Abs. 3 SGB X): Die Daten werden zur Erfüllung unserer Aufgaben nach § 94 Abs. 1 Nr. 3 und 4 SGB XI verarbeitet. Wir benötigen die Angaben für die Prüfung des Anspruchs auf Leistungen der häuslichen Pflege nach §§ 36, 37 und 38 SGB XI. Ihr Mitwirken ist nach § 60 SGB I erforderlich. Fehlt Ihre Mitwirkung kann über Ihren Anspruch auf höhere Leistungen der häuslichen Pflege nicht entschieden werden (vgl. § 33 Abs. 1 SGB XI i. V. m. §§ 60 Abs. 1 und 66 Abs. 1 SGB I). Geht dieser Antrag nicht innerhalb eines Monats bei uns ein, gilt das Datum des Antragseingangs als Tag der Antragstellung. Liegt ein Beihilfeanspruch vor und sind rentenversicherungspflichtige Pflegepersonen vorhanden, werden diese zur Aufnahme der Beitragszahlung an die Beihilfestelle gemeldet (§ 44 Abs. 5 SGB XI). Die Angabe der Telefonnummer ist freiwillig.

Datum

Unterschrift der/des Versicherten/Bevollmächtigten – bitte Nachweis beifügen



Anlage zum Antrag auf Erhöhung des Pflegegrads

Um die Begutachtung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) im Rahmen eines Besuches bei Ihnen reibungslos organisieren zu können, bitten wir Sie um die nachfolgenden Angaben.

Name, Vorname Geburtstag und Krankenversicherungs-Nr. des Pflegebedürftigen

Anschrift

Telefon (Festnetz)

Mobiltelefon

Frühestmöglicher Begutachtungstermin:

Zeitraum, in dem eine Begutachtung aus **zwingenden** Gründen **nicht** möglich ist (z. B. wegen eines Krankenhausaufenthaltes, einer Rehabilitation, einer Kurzzeitpflege, etc.):

An folgenden Werktagen ist eine Begutachtung aus **zwingenden** Gründen **nicht** möglich (z.B. wegen einer Dialyse, einer Chemotherapie, etc.):

Montag Dienstag Mittwoch Donnerstag Freitag Samstag

Folgende Person soll über den Begutachtungstermin informiert werden:

Angehöriger Betreuer Pflegeperson

Name

Vorname

Straße und Hausnummer

Postleitzahl

Wohnort

Telefon (Festnetz)

Mobiltelefon

Ist für die Begutachtung ein **Dolmetscher** erforderlich? Ja, Sprache: _____

Gibt es weitere **Besonderheiten**, über die Sie den MDK noch informieren möchten:



Fragebogen zur Pflegesituation

Name, Vorname, Geburtstag und Versicherungsnummer des Pflegebedürftigen

Telefon

1. Diagnosen (zur Bearbeitung des Pflegeantrags unbedingt erforderlich!)

Welche Krankheit, welche Beschwerden hat der / die Versicherte?

Kennen Sie evtl. die Diagnose(n)? (Sie brauchen keine medizinischen Fachworte zu nennen, eine einfache Beschreibung ist auch hilfreich.)

2. Pflegeperson/en

Wer pflegt den Antragsteller regelmäßig zu Hause?

| Name*, Vorname*, Geburtsdatum* | Straße* | PLZ Wohnort* | Telefon- nummer | Berufs- tätig über 30h/ Woche* | Vollrente wegen Alters* | pflegt an wieviel Stunden in der Woche? | pflegt noch weitere Personen* |
|-----------------------------------|---------|-----------------|--------------------|---|-------------------------------|---|--|
| | | | | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Ja | | <input type="checkbox"/> Ja |
| | | | | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Ja | | <input type="checkbox"/> Ja |
| | | | | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Ja | | <input type="checkbox"/> Ja |
| | | | | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Ja | | <input type="checkbox"/> Ja |

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

Ist ein Pflegedienst an der Pflege beteiligt?

| Name | Anschrift |
|------|-----------|
| | |

3. Hilfsmittel

| | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Pflegebett | <input type="checkbox"/> Windeln, Einlagen |
| <input type="checkbox"/> Toilettenstuhl / Nachtstuhl | <input type="checkbox"/> Kompressionsstrümpfe |
| <input type="checkbox"/> Bettpfanne / Urinflasche | <input type="checkbox"/> Sauerstoffgerät |
| <input type="checkbox"/> Gehstock | <input type="checkbox"/> Blasenkatheter |
| <input type="checkbox"/> Rollstuhl | <input type="checkbox"/> Urostoma, Stomamaterial |
| <input type="checkbox"/> Gehhilfe / Rollator | <input type="checkbox"/> Anus praeter, Stomamaterial |
| <input type="checkbox"/> Arm- / Beinprothesen | <input type="checkbox"/> Ernährungssonde (PEG) |
| <input type="checkbox"/> Antidekubitusmatratze | <input type="checkbox"/> Sonstiges: |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges | <input type="checkbox"/> Sonstiges |



4. Mobilität

| | Selbständig/ mit Hilfsmittel | Mit Hilfe durch Pflegekraft | Keine Eigen- aktivität |
|------------------------------------|---------------------------------|--------------------------------|---------------------------|
| Positionswechsel im Bett | | | |
| Halten einer stabilen Sitzposition | | | |
| Umsetzen | | | |

Gebrauchsunfähigkeit beider Arme und Beine: Ja Nein

| | | | |
|----------------------------|--|--|--|
| Fortbewegen im Wohnbereich | | | |
| Treppensteigen | | | |

4. Selbstversorgung

| | Selbständig/ mit Hilfsmittel | Mit Hilfe durch Pflegekraft | Keine Eigen- aktivität |
|--|---------------------------------|--------------------------------|---------------------------|
| Waschen des vorderen Oberkörpers | | | |
| Zähneputzen/ Rasieren | | | |
| Waschen des Intimbereichs | | | |
| Duschen/ Baden | | | |
| An- und Entkleiden | | | |
| Mundgerechte Zubereitung | | | |
| Essen | | | |
| Trinken | | | |
| Benutzung von Toilette oder Toilettenstuhl | | | |

Besteht eine Urininkontinenz? Ja Nein

Besteht eine Stuhlinkontinenz? Ja Nein

Wenn Ja:

| | Selbständig/ mit Hilfsmittel | Mit Hilfe durch Pflegekraft | Keine Eigen- aktivität |
|---------------------------------|---------------------------------|--------------------------------|---------------------------|
| Benutzung von Windeln/ Einlagen | | | |
| Blasenkatheter: Beutelwechsel | | | |

Erfolgt Ernährung über eine Sonde? Ja Nein

Wenn Ja: Kann außerdem etwas über den Mund zugeführt werden?

Nahrung: Ja Nein

Getränke: Ja Nein



5. Behandlungsmaßnahmen

Häufigkeit der Hilfe *durch Andere*

| <u>Maßnahme</u> | Täglich | Wöchentlich | Monatlich |
|------------------|---------|-------------|-----------|
| Medikamentengabe | | | |
| Injektionen | | | |
| Inhalationen | | | |
| Sonstiges: _____ | | | |
| Verbandwechsel | | | |
| Stomaversorgung | | | |
| Abführen | | | |

| | Wöchentlich | Monatlich |
|---|-------------|-----------|
| Arztbesuche in Begleitung | | |
| Besuche bei Therapeuten oder anderen medizinischen Einrichtungen | | |
| Welche? | | |
| Sonstiges: _____ | | |

6. Kognitive und kommunikative Fähigkeiten

Werden Sie von dem/ der Versicherten noch regelmäßig erkannt?

Kann man sich mit dem/ der Versicherten noch sinnvoll unterhalten?

Gibt es Gedächtnisprobleme? Wenn Ja, wie äußern sich diese?

7. Verhaltensweisen und psychische Problemlagen

Ist der/ die Versicherte aggressiv oder tötlich gegenüber den Pflegepersonen?

Besteht eine Weglauftendenz?

Ist der / die Versicherte nachts unruhig? Muss Hilfe geleistet werden?

8. Sonstiges

Möchten Sie noch etwas ergänzen?

Der Antragsteller wünscht die Zusendung des Gutachtens ja nein

Ort, Datum

Unterschrift der/des Versicherten/Bevollmächtigten