



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 Pflegerkraft	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 Pflegerkraft	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 Pflegerkraft	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