

Rücksendung an:

**Pflegekasse der  
energie-BKK  
30134 Hannover**

Fax: 0561 31 66 80 19

E-Mail: [pflege@energie-bkk.de](mailto:pflege@energie-bkk.de)

## Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung

- Erstantrag  
 Erhöhung des Pflegegrades

### ➊ Angaben zum Antragsteller

Name, Vorname		Geburtsdatum	
Straße und Hausnummer			
Postleitzahl		Wohnort	
Versichertennummer		Telefonnummer (freiwillig)	
		<input type="checkbox"/> Mitglied <input type="checkbox"/> Familienversichert	
Wo waren Sie in den letzten zehn Jahren versichert?		Versicherungsart	

### ➋ Angaben zur Leistungsart

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Pflegegeld           | <input type="checkbox"/> <b>Vollstationäre Pflege</b><br>(auch bei stationärer Behindertenhilfe) |
| <input type="checkbox"/> Pflegesachleistung   | <input type="checkbox"/> <b>Tages- oder Nachtpflege</b>  |
| <input type="checkbox"/> Kombinationsleistung | <input type="checkbox"/> <b>Wohngruppenzuschlag</b>  |

### ➌ Angaben zur Durchführung der Pflege

Es ist eine private Pflegeperson eingebunden:

- Ja. (Eine namentliche Nennung ist hier nicht erforderlich.)  
 Nein.

Name und Vorname

Versichertennummer

**Bei Durchführung durch Pflegedienst / Tagespflege / Pflegeheim bzw. Behinderteneinrichtung:**

Name des Pflegedienstes / Tagespflegeeinrichtung / Pflegeheimes bzw. der Behinderteneinrichtung	
Straße und Hausnummer	
Postleitzahl	Ort
Telefonnummer	ggf. Institutionskennzeichen**

**④ Angaben zu den Ursachen der Pflegebedürftigkeit**

- |   |                             |                               |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| Arbeitsunfall / Betriebsunfall                      | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Versorgungsleiden / Kriegs- oder Wehrdienstschaden  | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Sonstiger Schaden (z. B. Unfall, Behandlungsfehler) | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |

**⑤ Angaben zu Leistungsansprüchen gegen andere Träger**

<input type="checkbox"/> Sozialamt	<input type="checkbox"/> Unfallversicherung	<input type="checkbox"/> Ausländischer Träger
<input type="checkbox"/> Beihilfestelle	<input type="checkbox"/> Versorgungsamt	

Name und Anschrift des Trägers

**⑥ Ihre Bankverbindung für die Leistungen der Pflegekasse**

DE	
IBAN	
BIC	Kontoinhaber (falls abweichend vom Antragssteller)

**⑦ Angaben zur ärztlichen Versorgung**

Name des Hausarztes	Telefonnummer des Hausarztes
Anschrift des Hausarztes	

**⑧ Einwilligungserklärung**

Ich bin damit einverstanden, dass die energie-BKK von dem genannten mich behandelnden Arzt, von Krankenhäusern / Pflegeeinrichtungen und von den mich betreuenden Pflegepersonen Unterlagen, Auskünfte sowie in deren Besitz befindliche Fremdbefunde anfordern kann, soweit diese für die Begutachtung und Entscheidung über meinen Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung erforderlich sind. Bei der Anforderung der genannten Unterlagen weise ich ausdrücklich darauf hin, dass diese unmittelbar an den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) zu übersenden sind.

Insoweit entbinde ich die vorgenannten Personen bzw. Stellen von ihrer Schweigepflicht. Unterlagen, die ich der Pflegekasse zur Verfügung gestellt habe, dürfen an den zuständigen MDK weitergegeben werden.

- Ja, ich bin mit der Anforderung von Unterlagen bzw. der Einholung von Auskünften einverstanden. Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung jederzeit zurücknehmen kann.
- Nein, ich bin mit der Anforderung von Unterlagen bzw. der Einholung von Auskünften nicht einverstanden.

Ort und Datum      Unterschrift des Versicherten / Bevollmächtigten / Betreuers / gesetzl. Vertreters

**⑨ Verpflichtungserklärung**

Ich verpflichte mich, jede Änderung der Verhältnisse, die einen Einfluss auf die Leistungen der sozialen Pflegeversicherung haben, **unverzüglich** der Pflegekasse mitzuteilen. Diese sind z. B. Änderung der Pflegeperson, Umzug in ein Pflegeheim, Hinzunahme eines Pflegedienstes, Änderung der Bankverbindung, Änderung des Gesundheitszustandes (Besserung / Verschlechterung) und Beantragung oder Bezug von Beihilfe- oder Versorgungsleistungen.

Ich versichere, dass ich die Angaben in diesem Antrag wahrheitsgemäß nach bestem Wissen und Gewissen gemacht habe.

Ort und Datum      Unterschrift des Versicherten / Bevollmächtigten / Betreuers / gesetzl. Vertreters

**⑩ Verpflichtungserklärung**

**Datenschutzhinweis (§ 67a Abs. 3 SGB X):** Damit wir Ihren Antrag auf Pflegeleistungen bearbeiten können ist Ihr Mitwirken nach §§ 7, 28 SGB XI, § 60 SGB I erforderlich. Ihre Daten werden auf Grund § 94 SGB XI erhoben. Fehlt Ihre Mitwirkung, kann dies zu Nachteilen (z. B. bei den Leistungsansprüchen §§ 36 – 44 SGB XI) führen. Liegt ein Beihilfeanspruch vor und sind rentenversicherungspflichtige Pflegepersonen (§ 44 Abs. 5 SGB XI) vorhanden, werden diese an die Beihilfestelle zur Aufnahme der Beitragszahlung gemeldet.

Die Daten werden ausschließlich für die genannten Zwecke verarbeitet. Die Angaben zu Ihren Kontaktdaten (Telefonnummer) sind freiwillig und werden ausschließlich für Rückfragen verwendet. Weitere Informationen über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten durch uns und Ihre Rechte nach der EU-Datenschutz-Grundverordnung erhalten Sie über unsere Homepage [www.energie-bkk.de/6650.html](http://www.energie-bkk.de/6650.html) oder in den Servicecentern.

Ich versichere, dass ich den vorstehenden Datenschutzhinweis gelesen habe.

Ort und Datum      Unterschrift des Versicherten / Bevollmächtigten / Betreuers / gesetzl. Vertreters