Antrag auf Versorgung während der Rehabilitationsleistung einer Pflegeperson

- von der pflegebedürftigen Person auszufüllen -

bkk melitta hmr
gemeinsam richtung gesundheit

bkk melitta hmr
ServiceCenter Minden
Postfach 1224
32372 Minden

Angaben zur Pflegeperson		
Name, Vorname	Versichertennummer	Geburtsdatum

Angaben zur pflegebedürftigen Person		
Name, Vorname	Versichertennummer	Geburtsdatum
Straße, Nr.	PLZ, Ort	Telefonnummer [1]
Name der Krankenkasse/Pflegekasse	Straße, Nr.	PLZ, Ort

1 - freiwillige Angabe

Besondere Einschränkungen

1. Bestehen Mobilitätseinschränkungen?

☐ nein ☐ ja, folgende Einschränkungen bestehen:
- ☐ Hilfe beim Treppensteigen
- ☐ auf Gehhilfen angewiesen
- ☐ auf Rollstuhl angewiesen
- ☐ _____

2. Bestehen kognitive Einschränkungen?

☐ nein ☐ ja, folgende Einschränkungen bestehen:
- ☐ Demenz
- ☐ Entwicklungsstörungen (bei Kindern)
- ☐ _____

3. Bestehen Einschränkungen in der Eigenversorgung?

☐ nein ☐ ja, folgende Einschränkungen bestehen:
- ☐ Essen/Trinken
- ☐ Waschen/Körperhygiene
- ☐ Anziehen/Ausziehen
- ☐ _____

Einwilligung und Schweigepflichtentbindung

Ich stimme zu, dass ich in dieselbe stationäre Rehabilitationseinrichtung wie meine Pflegeperson untergebracht werde. Diese Zustimmung gilt als Antrag auf Mitaufnahme. Hierfür willige ich ein, dass meine Pflegekasse meine personenbezogenen Daten, insbesondere die Angaben zur Pflegebedürftigkeit sowie das Pflegegutachten, an die bkk melitta hmr weiterleiten darf. Ich bin ebenfalls einverstanden, dass die bkk melitta hmr diese mitgeteilten Daten zwecks Koordinierung einer Mitaufnahme der Rehabilitationseinrichtung zur Verfügung stellt.

Weiter willige ich ein, dass die bkk melitta hmr meine Pflegeperson informiert, ob und wenn ja zu welchem Zeitpunkt die Mitaufnahme in derselben Rehabilitationseinrichtung möglich ist.

☐ ja ☐ nein

Sofern eine Mitaufnahme in derselben stationären Rehabilitationseinrichtung nicht möglich sein sollte, willige ich ein, dass die bkk melitta hmr diesen Antrag mit den mitgeteilten Daten an meine Pflegekasse weiterleitet. Ich bin weiter einverstanden, dass die bkk melitta hmr mit meiner Pflegekasse in diesem Fall eine zeitgleiche Aufnahme in einer nahegelegenen vollstationären Pflegeeinrichtung koordiniert.

Hierfür stimme ich zu, dass sich die bkk melitta hmr und/oder meine Pflegekasse zur Koordination eines gemeinsamen Aufnahmetermins mit meiner Pflegeperson in Verbindung setzt. Ich willige ebenfalls ein, dass meine Pflegekasse die bkk melitta hmr und meine Pflegeperson informiert, ob und wenn ja, zu welchem Zeitpunkt die Aufnahme in einer nahegelegenen vollstationären Pflegeeinrichtung möglich ist.

Ich willige ein, dass meine Pflegekasse meine gespeicherten personenbezogenen Daten, insbesondere die Angaben zur Pflegebedürftigkeit, sowie die mit diesem Antrag mitgeteilten Daten an eine nahegelegene vollstationäre Pflegeeinrichtung übermitteln darf.

☐ ja ☐ nein

_____ _____

Ort, Datum **Unterschrift der pflegebedürftigen Person bzw. der/des Bevollmächtigten**

Die datenschutzrechtlichen Hinweise und Informationen zur Verarbeitung Ihrer Daten finden Sie unter **www.bkk-melitta-hmr.de** oder fordern Sie diese gerne direkt bei uns per Telefon unter **0571 93409-0** oder per E-Mail unter **datenschutz@bkk-melitta.de** an.