

# Antrag auf Versorgung während einer Vorsorgeleistung 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 <sup>1</sup>
Name der Krankenkasse/Pflegekasse	Straße, Nr.	PLZ, Ort

1 - freiwillige Angabe

## Besondere Einschränkungen

1. Bestehen Mobilitätseinschränkungen?
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, folgende Einschränkungen bestehen: <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Hilfe beim Treppensteigen</li><li><input type="checkbox"/> auf Gehhilfen angewiesen</li><li><input type="checkbox"/> auf Rollstuhl angewiesen</li><li><input type="checkbox"/> _____</li></ul>

2. Bestehen kognitive Einschränkungen?
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, folgende Einschränkungen bestehen: <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Demenz</li><li><input type="checkbox"/> Entwicklungsstörungen (bei Kindern)</li><li><input type="checkbox"/> _____</li></ul>

3. Bestehen Einschränkungen in der Eigenversorgung?
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, folgende Einschränkungen bestehen: <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Essen/Trinken</li><li><input type="checkbox"/> Waschen/Körperhygiene</li><li><input type="checkbox"/> Anziehen/Ausziehen</li><li><input type="checkbox"/> _____</li></ul>

## Einwilligung und Schweigepflichtentbindung

Ich stimme zu, dass ich in dieselbe stationäre Versorgungseinrichtung wie meine Pflegeperson untergebracht werde. Diese Zustimmung gilt als Antrag auf Mitaufnahme. Ich willige dafür ein, dass die bkk melitta hmr diesen Antrag mit meinen Daten an meine Pflegekasse weiterleitet.

**Sofern eine Mitaufnahme in derselben stationären Versorgungseinrichtung nicht möglich sein sollte**, willige ich ein, dass die zeitgleiche Aufnahme in einer nahegelegenen vollstationären Pflegeeinrichtung durch meine Pflegekasse koordiniert wird.

ja     nein

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

Ich bin einverstanden, dass meine Pflegekasse zur Durchführung des Antrags- und Genehmigungsverfahrens meine gespeicherten personenbezogenen Daten, insbesondere die Angaben zur Pflegebedürftigkeit, sowie die mit diesem Antrag mitgeteilten Daten an die bkk melitta hmr, an die stationäre Versorgungseinrichtung und 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](http://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](mailto:datenschutz@bkk-melitta.de) an.

