

Concordia  
Krankenversicherungs-AG  
Pflegeversicherung  
30621 Hannover

Absender:

---

---

---

---

---

**Erstantrag auf ambulante Pflege**

► Versicherungsschein-Nr.:

(bitte stets angeben)

Versicherte Person:

\_\_\_\_\_  
Vorname

\_\_\_\_\_  
Nachname

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit beantrage ich Leistungen aus der Pflegeversicherung für (Zutreffendes bitte ankreuzen):

- Pflegegeld** (ausschließliche Pflege durch eine/mehrere Pflegeperson(en))
- Kombinationsleistungen** (Leistungen eines Pflegedienstes und Pflegegeld)
- Sachleistung** (ausschließliche Leistungserbringung durch einen Pflegedienst)

Die einmal gewählte Leistungsart Pflegegeld, Kombinationsleistungen bzw. Sachleistung kann zu einem späteren Zeitpunkt wieder geändert werden.

Folgende Dokumente habe ich beigelegt (Zutreffendes bitte ankreuzen):

- Antrag auf Leistungen für ambulante Pflege**
- Datenschutzrechtliche Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärungen**
- Fragebogen zur Vorbereitung auf die Begutachtung**
- etwaige aktuelle Arztberichte, Krankenhaus- bzw. Reha-Entlassungsberichte**

Die noch fehlenden Unterlagen werde ich kurzfristig nachsenden. Dieses Schreiben erfolgt lediglich zur Fristwahrung. Maßgeblich ist der Tag des Posteingangs bei der Concordia Krankenversicherungs-AG.

Mir ist bewusst, dass ggf. keine Begutachtung erfolgen kann, solange die Unterlagen nicht vollständig vorliegen.

Mit freundlichen Grüßen

**Sehr wichtiger Hinweis!**

Wenn der Absender nicht der/die Versicherungsnehmer/in oder die versicherte Person ist, bitten wir um eine entsprechende Vollmacht. Dies ist wichtig, wenn Sie Ihre Angehörigen oder Freunde damit beauftragen, mit uns zu kommunizieren oder Anträge zu stellen.

Eine entsprechend vorgefertigte Mustervollmacht erhalten Sie auf der Seite des Bundesministeriums der Justiz und für Verbraucherschutz: [www.bmjv.de](http://www.bmjv.de)

Concordia  
 Krankenversicherungs-AG  
 30621 Hannover

Absender:

 (Haben wir Ihre Anschrift  
 richtig gespeichert?  
 Bitte korrigieren Sie gege-  
 benenfalls.)

---



---



---



---

► Versicherungsschein-Nr.:

-0001

(bitte stets angeben)

## Antrag auf Leistungen für ambulante Pflege

Damit wir Ihren Antrag bearbeiten können, bitten wir Sie, diesen und die beiliegende Schweigepflichtentbindung ausgefüllt und unterschrieben zurückzusenden.

<b>1. Angaben zur pflegebedürftigen Person</b>	Name, Vorname	
	Straße, Haus-Nr.	
	Postleitzahl, Wohnort	
	Ortsteil	
	Telefon	
<b>2. Grund der Pflegebedürftigkeit</b>	Welche Erkrankung(en)/Behinderung liegt/liegen vor?	
	Seit wann liegt/liegen diese Erkrankung(en)/Behinderung vor?	
	Es handelt sich um (eine(n))	<input type="checkbox"/> keinen Unfall <input type="checkbox"/> Arbeitsunfall <input type="checkbox"/> privaten Unfall <input type="checkbox"/> Berufskrankheit <input type="checkbox"/> von Dritten herbeigeführte Schädigung
	Wenn „ja“, wann war der Unfalltag?	_____
	Handelt es sich um:	<input type="checkbox"/> ein(e/n) anerkannte(n/s) Wehrdienstbeschädigung/Kriegsschaden/Versorgungsleiden, <input type="checkbox"/> ein sonstiges Versorgungsleiden (Opfer einer Gewalttat etc.)? Wenn „ja“, geben Sie uns bitte genau an, welche Versorgung gewährt wird: _____ _____
Liegt voraussichtlich Pflegebedürftigkeit auf Dauer (für mindestens 6 Monate) vor?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
<b>3. Derzeitige Maßnahmen</b>	Findet derzeit eine vollstationäre Heilbehandlung im Krankenhaus oder eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme, Kur- oder Sanatoriumsbehandlung statt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn „ja“, wann soll die Entlassung nach Hause erfolgen?	
	Entlassung voraussichtlich am:	_____

<b>4. Beihilfe/ Heilfürsorge</b>	Besteht für die pflegebedürftige Person Anspruch auf Beihilfe oder freie Heilfürsorge? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn „ja“, geben Sie uns bitte den Namen und die Anschrift der zuständigen Beihilfestelle bzw. bei freier Heilfürsorge des zuständigen Dienstherrn an. Wir werden diese(n) bei bestehender Rentenversicherungspflicht der Pflegeperson gemäß unserer gesetzlichen Verpflichtung informieren.  _____ _____
--------------------------------------	---

<b>5. Weitere Ansprüche</b>	Bestehen neben dem oben genannten Anspruch auf Beihilfe oder freie Heilfürsorge noch anderweitige Ansprüche wegen Pflegebedürftigkeit, z. B. nach dem Bundesversorgungsgesetz, aus gesetzlicher Unfallversicherung oder privatrechtlicher Art oder wurden diese beantragt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> beantragt (Geben Sie bitte nicht den Anspruch nach den Beihilfevorschriften an.) Welcher Art und wie hoch sind die Ansprüche?  _____ _____ (Fügen Sie bitte eine Kopie des Anerkennungsbescheids oder des Antrags bei.)
-----------------------------	--

<b>6. Ich beantrage</b>	<input type="checkbox"/> Kostenerstattung für die Versorgung durch einen ambulanten Pflegedienst <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 50%;">Name des Pflegedienstes</td><td style="width: 50%;"></td></tr> <tr><td>IK-Nummer (wenn vorhanden)</td><td></td></tr> <tr><td colspan="2">Anschrift des Pflegedienstes:</td></tr> <tr><td style="width: 50%;">Straße, Haus-Nr.</td><td style="width: 50%;"></td></tr> <tr><td>Postleitzahl, Ort</td><td></td></tr> <tr><td>Telefon</td><td></td></tr> <tr><td>Fax</td><td></td></tr> </table> <input type="checkbox"/> Pflegegeld zur Sicherung der erforderlichen Pflege durch eine private Pflegeperson (Familienangehörige, Verwandte oder sonstige ehrenamtliche Helfer/innen) <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 50%;">Name, Vorname der Pflegeperson <b>A</b></td><td style="width: 50%;"></td></tr> <tr><td colspan="2">Anschrift der Pflegeperson:</td></tr> <tr><td style="width: 50%;">Straße, Haus-Nr.</td><td style="width: 50%;"></td></tr> <tr><td>Postleitzahl, Ort</td><td></td></tr> <tr><td>Telefon</td><td></td></tr> <tr><td>Fax</td><td></td></tr> <tr><td style="width: 50%;">Name, Vorname der Pflegeperson <b>B</b></td><td style="width: 50%;"></td></tr> <tr><td colspan="2">Anschrift der Pflegeperson:</td></tr> <tr><td style="width: 50%;">Straße, Haus-Nr.</td><td style="width: 50%;"></td></tr> <tr><td>Postleitzahl, Ort</td><td></td></tr> <tr><td>Telefon</td><td></td></tr> <tr><td>Fax</td><td></td></tr> </table>	Name des Pflegedienstes		IK-Nummer (wenn vorhanden)		Anschrift des Pflegedienstes:		Straße, Haus-Nr.		Postleitzahl, Ort		Telefon		Fax		Name, Vorname der Pflegeperson <b>A</b>		Anschrift der Pflegeperson:		Straße, Haus-Nr.		Postleitzahl, Ort		Telefon		Fax		Name, Vorname der Pflegeperson <b>B</b>		Anschrift der Pflegeperson:		Straße, Haus-Nr.		Postleitzahl, Ort		Telefon		Fax	
Name des Pflegedienstes																																							
IK-Nummer (wenn vorhanden)																																							
Anschrift des Pflegedienstes:																																							
Straße, Haus-Nr.																																							
Postleitzahl, Ort																																							
Telefon																																							
Fax																																							
Name, Vorname der Pflegeperson <b>A</b>																																							
Anschrift der Pflegeperson:																																							
Straße, Haus-Nr.																																							
Postleitzahl, Ort																																							
Telefon																																							
Fax																																							
Name, Vorname der Pflegeperson <b>B</b>																																							
Anschrift der Pflegeperson:																																							
Straße, Haus-Nr.																																							
Postleitzahl, Ort																																							
Telefon																																							
Fax																																							

<input type="checkbox"/> Sonstige Wünsche und Erfordernisse, z. B. benötigte oder bereits bezogene Pflegehilfsmittel oder Umbaumaßnahmen  _____ _____
--

KV007009

KV-2007-2020-07 2/2

**x** \_\_\_\_\_  
Datum

**x** \_\_\_\_\_  
Unterschrift der versicherten Person, des gesetzlichen Vertreters oder einer mit einer Vorsorgevollmacht versehenen Person.  
**Bitte übersenden Sie uns eine Kopie der entsprechenden Vollmacht!**

Name / Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Vers.-Nr.: \_\_\_\_\_

## Einwilligung in die Datenverarbeitung und Schweigepflichtentbindungserklärung

Leistungen aus der privaten Pflegepflichtversicherung erhalte ich erst, wenn die Pflegebedürftigkeit im Sinne von § 1 Absatz 2 bis 10 MB/PPV\* durch ein Gutachten gemäß § 1 Absatz 11 MB/PPV\* festgestellt worden ist. Zu diesem Zweck beauftragt mein privater Kranken- / Pflegeversicherer (Versicherer) die MEDICPROOF GmbH (MEDICPROOF), die Begutachtung einem Arzt oder einer Pflegefachkraft (Gutachter) zu übertragen. MEDICPROOF mit Sitz in Köln ist der medizinische Dienst der privaten Pflegepflichtversicherung. Der Gutachter soll insbesondere Folgendes feststellen:

- den Eintritt, den Grad und die Fortdauer einer Pflegebedürftigkeit,
- die Eignung, Notwendigkeit und Zumutbarkeit von Maßnahmen zur Beseitigung, Minderung oder Verhütung einer Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit,
- die Notwendigkeit der Versorgung mit (beantragten) Hilfsmitteln sowie Wohnumfeld verbessernden Maßnahmen und
- Namen, Vornamen, Geburtsdaten, Adressen und Pflegezeiten von Pflegepersonen.

Mein Versicherer darf MEDICPROOF beauftragen, dass der Gutachter in einem gesonderten Gutachten Feststellungen zur Notwendigkeit der Versorgung mit (beantragten) Hilfsmitteln sowie Wohnumfeld verbessernden Maßnahmen trifft.

Mein Versicherer darf MEDICPROOF auch damit beauftragen, durch einen Gutachter eine pflegfachliche Stellungnahme über die Sicherstellung der erforderlichen körperbezogenen Pflegemaßnahmen, der pflegerischen Betreuungsmaßnahmen und der Hilfen bei der Haushaltsführung zu erstellen. Die pflegfachliche Stellungnahme enthält beispielsweise Folgendes:

- Beurteilung der Pflege- und Versorgungssituation auch im Hinblick auf die Pflegepersonen,
- Darstellung eines ganzheitlich betrachteten Pflege- und Versorgungsbedarfs und
- konkrete Hinweise und Vorschläge zur Verbesserung der Pflegesituation.

Weiterhin bietet die private Pflegepflichtversicherung gemäß § 4 Absatz 15 MB/PPV\* Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen auch in der häuslichen Umgebung der/des Pflegebedürftigen an. Es handelt sich um eine Versicherungsleistung, die pflegenden Angehörigen und ehrenamtlichen Pflegepersonen unter anderem konkrete pflegerische Fähigkeiten vermitteln soll. Auch zu diesem Zweck darf mein Versicherer MEDICPROOF damit beauftragen, die Durchführung des Pflegekurses in Form des Pflegetrainings einem Pflegetrainer von MEDICPROOF zu übertragen. Der Pflegetrainer vermittelt dabei beispielsweise:

- Lagerungstechniken für Rücken und schonendes Arbeiten der zur Vermeidung von Druckgeschwüren,
- pflegerische Besonderheiten im Zusammenhang mit Inkontinenz und
- pflegerische Besonderheiten im Zusammenhang mit Körperpflege.

Zur Prüfung der Voraussetzungen für die Auszahlung von Pflegegeld benötigt mein Versicherer die Angabe, ob es sich bei den Leistungen des ambulanten Pflegedienstes um Leistungen der häuslichen Pflegehilfe nach dem SGB XI handelt. Handelt es sich um eine ambulante Pflegesituation und ist ein Pflegedienst tätig, beauftragt mein Versicherer MEDICPROOF, durch einen

Gutachter im Rahmen der Begutachtung der Pflegebedürftigkeit Folgendes feststellen zu lassen:

die Beteiligung des ambulanten Pflegedienstes an Maßnahmen der Selbstversorgung (Modul 4 des Begutachtungsinstruments gem. § 1 Abs. 5 Satz 1, 2 MB/PPV\*).

### 1. Datenübermittlung an MEDICPROOF, den Gutachter und den Pflegetrainer

Mein Versicherer übermittelt die zur Begutachtung, zur Anfertigung der pflegfachlichen Stellungnahme und für das Pflegetraining durch MEDICPROOF erforderlichen personenbezogenen Daten wie

- meinen Namen, Vornamen, Adresse, Geburtsdatum und Versicherungsnummer,
- Name und Adresse der Pflegeeinrichtung,
- Name, Vorname, Adresse und Geburtsdatum der mich versorgenden Pflegepersonen,
- meine Gesundheitsdaten, wie bekannte Diagnosen und Beschreibungen des Krankheitsbildes

an MEDICPROOF. Bereits vorhandene Pflegegutachten können übermittelt werden, soweit dies für die Durchführung der vorstehend genannten Aufträge erforderlich ist. In Einzelfällen können auch ärztliche Entlassungs- oder Behandlungs- und Befundberichte übermittelt werden, wenn dies erforderlich ist, um das Krankheitsbild genau zu beschreiben. Gleichzeitig benennt mein Versicherer Hilfsmittel und Wohnumfeld verbessernde Maßnahmen, die vorhanden oder bereits beantragt sind. MEDICPROOF gibt die für die Begutachtung, die pflegfachliche Stellungnahme oder das Pflegetraining erforderlichen Daten an den beauftragten Gutachter bzw. Pflegetrainer weiter.

**Ich willige** in die Übermittlung der erforderlichen Daten zur Begutachtung, Anfertigung der pflegfachlichen Stellungnahme und zur Durchführung des Pflegetrainings an MEDICPROOF, den Gutachter und den Pflegetrainer **ein und entbinde** die für den Versicherer tätigen Personen insoweit von ihrer Schweigepflicht.

### 2. Datenerhebung bei Dritten und Weiterleitung an MEDICPROOF sowie den Versicherer

Benötigt der Gutachter weitere Informationen, um die erforderlichen Feststellungen zur Pflegebedürftigkeit treffen zu können, kann die Befragung Dritter erforderlich sein, die mich untersucht, beraten, behandelt oder gepflegt haben. Dritte in diesem Sinne sind Ärzte und sonstige Angehörige eines Heilberufs, Pflegepersonen, pflegende Angehörige und Bedienstete von Pflegediensten und Pflegeheimen. Die Kenntnis der Daten muss zur Beurteilung der Leistungspflicht erforderlich sein.

**Ich willige ein**, dass der Gutachter erforderliche Informationen bei den unter 2. genannten Dritten, die mich untersucht, beraten, behandelt oder gepflegt haben, zur Erstellung seines Gutachtens erhebt und verarbeitet. **Ich entbinde** die unter 2. genannten Personen und Stellen dazu von ihrer Schweigepflicht. **Ferner willige ich ein**, dass der Gutachter meine diesbezüglichen Daten an MEDICPROOF und an meinen Versicherer übermittelt **und entbinde** ihn insoweit von seiner Schweigepflicht.

Einwilligung in die Datenverarbeitung und Schweigepflichtentbindungserklärung 08/2023

Name / Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Vers.-Nr.: \_\_\_\_\_

### 3. Übermittlung des Gutachtens zur Pflegebedürftigkeit / des gesonderten Gutachtens zu Hilfsmitteln und Wohnumfeld verbessernden Maßnahmen / der pflegefachlichen Stellungnahme an MEDICPROOF und meinen Versicherer

MEDICPROOF muss – in Übereinstimmung mit den gesetzlichen Bestimmungen (§ 23 Absatz 6 Nr.1 SGB XI) – bei der Begutachtung/ Stellungnahme/Beurteilung sicherstellen, dass die gleichen Maßstäbe und Grundsätze wie in der sozialen Pflegeversicherung angewendet werden. Außerdem gewährleistet MEDICPROOF, dass das Begutachtungsverfahren einheitlich ausgestaltet ist und prüft, ob das Gutachten vollständig und plausibel ist. MEDICPROOF hat in ihrem Gutachten zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach Maßgabe von § 6 Absatz 2 Satz 2 MB/PPV\* eine konkrete Empfehlung zur Hilfsmittelversorgung abzugeben.

**Ich willige ein**, dass der Gutachter seine Begutachtung/ Stellungnahme/Beurteilung an MEDICPROOF übermittelt und MEDICPROOF nach einer Qualitätsprüfung diese Begutachtung/ Stellungnahme/ Beurteilung an meinen Versicherer übermittelt und dass die Empfehlung zur Hilfsmittel- und Pflegehilfsmittelversorgung und Wohnumfeld verbessernden Maßnahmen als Antrag zur Leistungsgewährung gilt. Entsprechend entbinde ich den Gutachter und MEDICPROOF dafür von der Schweigepflicht.

### 4. Verzögerte Feststellung der Pflegebedürftigkeit

Mein Versicherer muss mich innerhalb einer gesetzlichen Frist (§ 18 Abs. 3 SGB XI) über die Feststellung von Pflegebedürftigkeit informieren. Wird diese Frist nicht eingehalten, habe ich unter den Voraussetzungen des § 6 Abs. 2 a MB/PPV\* einen Anspruch auf Zusatzzahlung nach Nr. 12 des Tarifs PV.

**Ich willige ein**, dass MEDICPROOF zur Beurteilung der Leistungspflicht meinem Versicherer die Umstände für Verzögerungen im Begutachtungsverfahren übermittelt, auch soweit es sich um Gesundheitsdaten handelt.

### 5. Datenverarbeitung durch den Gutachter, MEDICPROOF und meinen Versicherer

**Ich willige ein**, dass mein Versicherer die zur Durchführung des Versicherungsvertrags erforderlichen Gesundheitsdaten, die im Zusammenhang mit meiner Begutachtung Begutachtung zur Pflegebedürftigkeit, der pflegefachlichen Stellungnahme, dem Pflegetraining und der Begutachtung von Hilfsmitteln und Wohnumfeld verbessernden Maßnahmen erhoben wurden und werden, verarbeitet.

**Ferner willige ich ein** in die Verarbeitung der erforderlichen Daten zur Prüfung der Voraussetzungen für die Auszahlung von Pflegegeld, die im Rahmen der Begutachtung der Pflegebedürftigkeit erhoben wurden und werden.

**Ferner willige ich ein**, dass der Gutachter und MEDICPROOF diese Daten in dem für eine Begutachtung zur Pflegebedürftigkeit, eine pflegefachliche Stellungnahme, eine gesonderte Begutachtung von Hilfsmitteln und Wohnumfeld verbessernden Maßnahmen sowie für die Durchführung des Pflegetrainings erforderlichen Umfang verarbeiten.

### 6. Mitteilungen an die Pflegeeinrichtung

Ich bin damit einverstanden, dass mein Versicherer der versorgenden ambulanten oder stationären Pflegeeinrichtung (auch dem Hospiz oder der ambulanten Palliativversorgung) auf Anfrage meinen Pflegegrad mitteilt und entbinde die für meinen Versicherer tätigen Personen insoweit von ihrer Schweigepflicht. Nach dem Pflegegrad richtet sich die Höhe des Sachleistungsbetrages für die ambulante Pflege und bei stationärer Pflege die Höhe des Heimentgeltes. Mein Einverständnis gilt auch beim Wechsel von häuslicher in vollstationäre Pflege und umgekehrt.

### 7. Mitteilungen an Leistungserbringer von Hilfsmitteln

**Ich willige ein**, dass mein Versicherer die zur Durchführung der Leistungsgewährung von Hilfsmitteln erforderlichen Daten, insbesondere die sich aus der Empfehlung zur Hilfsmittelversorgung ergebenden Gesundheitsdaten, die im Zusammenhang mit meiner Begutachtung erhoben wurden und werden, dem Leistungserbringer von Hilfsmitteln übermittelt **und entbinde** die für meinen Versicherer tätigen Personen von ihrer Schweigepflicht.

### 8. Mitteilungen an die zuständige Stelle im Krankenhaus

**Ich willige ein**, dass mein Versicherer den während meines Krankenhausaufenthalts durch MEDICPROOF nach Aktenlage zugeordneten Pflegegrad dem Sozialdienst bzw. einer vergleichbaren Stelle im Krankenhaus zur Durchführung des Krankenhaus-Entlassmanagements, z. B. zur Organisation der Überleitung in eine Einrichtung der Kurzzeitpflege, übermittelt **und entbinde** die für meinen Versicherer tätigen Personen auch insoweit von ihrer Schweigepflicht.

### Widerspruch gegen einen Gutachter

Wenn Sie begründete Einwände gegen einen bestimmten Gutachter, der von MEDICPROOF mit der Begutachtung zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit, zur Erstellung der pflegefachlichen Stellungnahme oder zur Feststellung der Notwendigkeit der Versorgung mit beantragten Hilfsmitteln sowie Wohnumfeld verbessernden Maßnahmen beauftragt wurde, haben, können Sie verlangen, dass ein anderer Gutachter beauftragt wird. Lehnen Sie eine Begutachtung ganz ab, kann Ihr Antrag auf Pflegeleistungen regelmäßig nicht bearbeitet werden.

Name / Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Vers.-Nr.: \_\_\_\_\_

#### Wichtige Hinweise

Änderungen in den Verhältnissen, die für die Versicherungsleistungen erheblich sind, müssen dem Versicherer unverzüglich mitgeteilt werden. Dies sind beispielsweise eine Änderung des Hilfebedarfs oder der Pflegesituation, wie etwa Krankenhaus-/Rehabilitationsbehandlung, ein Wechsel der Pflegeperson oder des Umfangs der Pflgetätigkeit oder eine Wohnsitzverlegung in das Ausland.

**Werden diese Obliegenheiten nicht beachtet, kann der Versicherer hierdurch leistungsfrei werden.**

#### Freiwilligkeit und Widerrufsmöglichkeit

Es steht Ihnen frei, die Einwilligungen / Schweigepflichtentbindungen ganz oder teilweise nicht abzugeben oder jederzeit später durch eine entsprechende Erklärung gegenüber dem Versicherer mit Wirkung für die Zukunft zu widerrufen. Wird die Erklärung insgesamt nicht abgegeben oder werden einzelne Einwilligungen / Schweigepflichtentbindungen gestrichen oder widerrufen, kann dies allerdings zur Folge haben, dass die Leistungen aus der Pflegepflichtversicherung nicht oder nur eingeschränkt erbracht werden können.

Die vorangestellten Erklärungen gelten für die von Ihnen gesetzlich vertretenen Personen (z. B. Ihre Kinder), soweit diese die Tragweite dieser Einwilligung nicht erkennen und daher keine eigenen Erklärungen abgeben können.

✘

Ort, Datum

✘

Unterschrift der versicherten Person, des gesetzlichen Vertreters bzw. einer mit einer Vorsorgevollmacht versehenen Person.  
Bitte übersenden Sie uns eine Kopie der entsprechenden Vollmacht.

**Bitte geben Sie hier eine Kontaktperson an, die bei ambulanter Pflege auch gleichzeitig als Ansprechpartner für die Terminvereinbarung mit MEDICPROOF dient:**

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Straße, Haus-Nr.: \_\_\_\_\_ PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_

**Bei stationärer Pflege wird MEDICPROOF den Begutachtungstermin direkt mit der stationären Einrichtung vereinbaren.**

\*MB/PPV = Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) für die private Pflegepflichtversicherung Teil I Musterbedingungen in der aktuell gültigen Fassung gemäß des zuletzt ausgestellten Versicherungsscheins bzw. Nachtrages zum Versicherungsschein.

## PFLEGEPROTOKOLL

### Fragebogen zur Beurteilung eines zurückliegenden personellen Unterstützungsbedarfs

Die Pflegepflichtversicherung beauftragt eine Gutachterin oder einen Gutachter\* von MEDICPROOF, um die Pflegebedürftigkeit nach Aktenlage festzustellen. MEDICPROOF ist der medizinische Dienst der privaten Krankenversicherungen.

Bitte unterstützen Sie MEDICPROOF durch eine gute Vorbereitung. Füllen Sie das Formular sorgfältig aus. So kann sich der Gutachter ein Bild vom Grad der Selbstständigkeit machen. Die Angaben zu den Pflegepersonen sind unter anderem für mögliche Zahlungen von Renten- und Arbeitslosenversicherungsleistungen wichtig.

Die Angaben in diesem Fragebogen sind nicht abschließend und erheben keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Ihre Hinweise dienen aber als wichtige Basis für das Gutachten und werden vom Gutachter mit den geltenden Begutachtungsrichtlinien abgeglichen.

\*Im Sinne einer sprachlichen Vereinfachung und für einen besseren Lesefluss wird im folgenden Text weitestgehend die maskuline Form verwendet.

KV007005

#### 1 Angaben zur pflegebedürftigen Person:

Name

Vorname

Geburtsdatum

Versicherung/Versicherungsnummer

#### 2 Welche körperlichen, seelischen und geistigen Beschwerden und Beeinträchtigungen standen im Vordergrund?

(Art und Beginn/besondere Ereignisse/Komplikationen)

Beschreiben Sie dies mit eigenen Worten.

---

---

---

---

---

**Bestanden demenzielle Symptome oder Verhaltensauffälligkeiten (z. B. Unruhezustände, Umtriebigkeit, aggressives/abwehrendes Verhalten, ausgeprägte Ängste/Panikattacken, Antriebslosigkeit bei depressiver Stimmungslage)? Wenn ja, welche und wie häufig? Seit wann?**  
 Beschreiben Sie dies mit eigenen Worten.

---



---



---



---

**Welche Hilfsmittel wurden genutzt?**

(z. B. Pflegebett, Rollstuhl, Toilettenrollstuhl, Badewannenlifter, Brille, Hörgerät etc.)  
 Beschreiben Sie dies mit eigenen Worten.

---



---



---



---



---

KV007005

**3 Welche Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten lagen Ihrer Einschätzung nach vor?**

Pflegebedürftigkeit im Sinne des Gesetzes (SGB XI) orientiert sich daran, wie stark die Selbstständigkeit oder die Fähigkeiten eines Menschen bei der Bewältigung des Alltags beeinträchtigt sind und er deshalb der Hilfe durch andere bedarf. Bitte geben Sie an, wie **Sie** die Selbstständigkeit oder die Fähigkeiten des Pflegebedürftigen einschätzen.

Fortbewegen       selbständig (ggf. mit Hilfsmittel)       mit personeller Hilfe       nicht möglich

Treppensteigen       selbständig       mit personeller Hilfe       nicht möglich

Bettlägerigkeit       nein       manchmal       ständig

Lagerungsbedarf       nein       ja

Harninkontinenz       nein       manchmal       ständig

Versorgung mit:

Stuhlinkontinenz       nein       manchmal       ständig

Versorgung mit:



KV-2001-2020-03 2/5



	selbständig (ohne fremde Hilfe)	teilweise selbständig (Unterstützung durch andere wird benötigt)	unselbständig (keine eigene Beteiligung möglich)
Pflege des Oberkörpers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Waschen des Intimbereichs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Duschen und Baden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
An- und Auskleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nahrungsaufnahme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Flüssigkeitsaufnahme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Toilettengang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Fähigkeit vorhanden	Fähigkeit leicht- bis mittelgradig eingeschränkt	Fähigkeit nicht vorhanden
Orientierung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gedächtnis/Erinnerung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Begreifen/Denken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Teilnahme an Gesprächen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	nie	häufig, aber nicht täglich (Eingreifen durch andere erforderlich)	täglich (Eingreifen durch andere erforderlich)
Verhaltensauffälligkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antriebslosigkeit bei depressiver Stimmungslage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ausgeprägte Ängste/Panik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wahn/Halluzinationen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	selbständig (ohne fremde Hilfe)	teilweise selbständig (Unterstützung durch andere wird benötigt)	unselbständig (keine eigene Beteiligung möglich)
Tagesgestaltung/ Beschäftigung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aufbau oder Erhalt von sozialen Kontakten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wann traten erstmalig Beeinträchtigungen auf? (Monat/Jahr) \_\_\_\_\_

Erfolgten auch während der Nacht Hilfeleistungen?  ja  nein

(z.B. Lagern, Toilettengänge, Wechsel der Inkontinenzartikel, Beruhigen, Medikamentengabe, Sauerstoffgabe)

Wenn ja, warum und wie oft?

---



---

Bestand ein Unterstützungsbedarf bei der Haushaltsführung?  ja  nein

(z.B. Einkaufen, Kochen, Wohnungsreinigung, Wäschepflege, Nutzung von Dienstleistungen, Behördenangelegenheiten)

**4** Erfolgten medizinische Versorgungen oder andere Therapiemaßnahmen? Welche? (z.B. Arztbesuche, Dialyse, Krankengymnastik, Wundversorgung etc.) **Wo?**

Name des Arztes / Therapeuten	Maßnahme	Durchschnittliche Häufigkeit		Zuhause	Praxis
		pro Woche	pro Monat		

**Bitte legen Sie einen Medikamentenplan bei.**

Ansonsten notieren Sie bitte, welche Medikamente zuletzt angeordnet waren (z B. Tabletten, Tropfen, Spray, Zäpfchen, Salben, Pflaster).

Bitte geben Sie die tägliche Häufigkeit an:  
(z.B. ASS 100mg 1x tägl.)

<b>1</b>	<b>2</b>
<b>3</b>	<b>4</b>
<b>5</b>	<b>6</b>
<b>7</b>	<b>8</b>

Musste jemand bei der Medikamenteneinnahme/-anwendung helfen?

ja  
 nein

**Von wem wurde die Pflege regelmäßig erbracht? (ggf. Rückseite nutzen)**

Zur **Pflege** gehören z. B. die Körperpflege, die Hilfe bei den Toilettengängen und anderen Wegen, das An-/ Auskleiden und die Hilfe bei der Nahrungsaufnahme, aber auch Betreuung, Beaufsichtigung und Beschäftigung, hauswirtschaftliche und administrative Verrichtungen sowie Medikamentengabe oder andere Behandlungspflege.

Pflegeeinrichtung	Adresse	Pflegetage pro Woche	Pflegestunden pro Woche
Private Pflegeperson / Angehörige	Adresse	Pflegetage pro Woche	Pflegestunden pro Woche
Geb.-Dat.:			
Private Pflegeperson / Angehörige	Adresse	Pflegetage pro Woche	Pflegestunden pro Woche
Geb.-Dat.:			
Private Pflegeperson / Angehörige	Adresse	Pflegetage pro Woche	Pflegestunden pro Woche
Geb.-Dat.:			

KV007005

**Bitte geben Sie an, wer den Fragebogen ausgefüllt hat:**

_____	_____
Name	Vorname
_____	_____
Ort, Datum	Unterschrift