

Concordia
Krankenversicherungs-AG
Pflegeversicherung
30621 Hannover

Absender:

Erstantrag auf stationäre Pflege

► Versicherungsschein-Nr.:

(bitte stets angeben)

Versicherte Person:

Vorname

Nachname

Geburtsdatum

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit beantrage ich Leistungen aus der Pflegeversicherung für die Unterbringung in einer vollstationären Pflegeeinrichtung (z.B. Pflege-, Seniorenheim, etc.).

Folgende Dokumente habe ich beigelegt (Zutreffendes bitte ankreuzen):

- Antrag auf Leistungen für stationäre Pflege**
- Datenschutzrechtliche Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärungen**
- Pflegedokumentation der Pflegeeinrichtung (sofern vorhanden)**
- 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

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 stationäre Pflege

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

1. Angaben zur pflegebedürftigen Person	Name, Vorname		
	Straße, Haus-Nr.		
	Postleitzahl, Wohnort		
	Ortsteil		
	Telefon		
	1.1. Soll die Post künftig an einen anderen Empfänger adressiert werden, wenn ja, an wen? Dies ist nur möglich, wenn Sie uns eine Kopie der entsprechenden Vollmacht zusenden. <hr/>		
	Ab wann soll die geänderte Adresse gelten? <hr/>		
	1.2. Grund der Pflegebedürftigkeit		
	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?		<hr/>	
	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: <hr/>	

KV007010

KV-2008-2020-07 1/2

KV007010

	Liegt voraussichtlich Pflegebedürftigkeit auf Dauer (mindestens 6 Monate) vor?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	1.3. Derzeitige Maßnahmen	
	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	_____
	1.4. Beihilfe/Heilfürsorge	
	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.	
	_____ _____ _____	
	1.5. Weitere Ansprüche	
	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 <i>(Geben Sie bitte nicht den Anspruch nach den Beihilfevorschriften an.)</i>	
	Welcher Art und wie hoch sind die Ansprüche? _____ _____ _____ (Fügen Sie bitte eine Kopie des Anerkennungsbescheids oder des Antrags bei.)	
2. Angaben zu der Pflegeeinrichtung	Name der Pflegeeinrichtung	_____
	Name der Ansprechpartnerin/ des Ansprechpartners	_____
	Straße, Haus-Nr.	_____
	Postleitzahl, Ort	_____
	Telefon	_____
	zu erreichen von/bis	_____
	Wo findet die Pflege der pflegebedürftigen Person statt?	<input type="checkbox"/> im Wohntrakt (eigenes Zimmer, Appartement, betreutes Wohnen o. ä.) <input type="checkbox"/> auf der Pflegestation <input type="checkbox"/> in einer Einrichtung der Hilfe für behinderte Menschen
	Tag der Heimaufnahme?	_____

KV-2008-2020-07 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 pflegefachliche Stellungnahme über die Sicherstellung der erforderlichen körperbezogenen Pflegemaßnahmen, der pflegerischen Betreuungsmaßnahmen und der Hilfen bei der Haushaltsführung zu erstellen. Die pflegefachliche 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 pflegefachlichen 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 pflegefachliche 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 pflegefachlichen 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.

KV007011

KV-2014-2023-09 3/3