



Absender:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

AXA Krankenversicherung AG

50592 Köln

Tel.: \_\_\_\_\_

Fax : \_\_\_\_\_

Versicherungs-Nummer:

\_\_\_\_\_

## Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung

Seite 1 von 3

(Zutreffendes bitte ankreuzen bzw. Daten ergänzen)

- Neuantrag**       **Einstufung in einen höheren Pflegegrad**

### Angaben des/der Pflegebedürftigen

Name, Vorname des /der versicherten Pflegebedürftigen:	Geburtsdatum:
Anschrift (Straße, HNR., PLZ, Ort):	Telefon:



### Ich beantrage folgende Leistungen:

- Geldleistung** (Pflege durch eine private Person)       **Sachleistung** (Pflege durch zugelassenen Pflegedienst)       **Kombinationsleistung** (Pflege durch eine private Person und einen zugelassenen Pflegedienst)
- Tages-/Nachtpflege** (teilstationäre Pflegeeinrichtung neben anderer Pflegeleistung)
- dauerhafte Pflege in einem Pflegeheim**      ab:
- dauerhafte Pflege in einer Einrichtung für behinderte Menschen**      ab:
- Ich beantrage nachstehende(s) Hilfsmittel:**

- Ich habe einen Betreuer** (bitte Kopie des Betreuer-Ausweises beifügen)

Name, Vorname des Betreuers:	Telefon:
Anschrift (Straße, HNR., PLZ, Ort):	

- Ich habe einen Bevollmächtigten** (bitte Vollmacht beifügen)

Name, Vorname des Bevollmächtigten:	Telefon:
Anschrift (Straße, HNR., PLZ, Ort):	



Versicherungs-Nummer: \_\_\_\_\_

- Es besteht ein Anspruch nach beamtenrechtlichen Vorschriften/freie Heilfürsorge.**  
Wenn zutreffend, fügen Sie bitte diesem Antrag eine Bescheinigung Ihrer Beihilfestelle bei,  
aus der die Höhe Ihres Beihilfeanspruches bei Pflege hervorgeht.

Name, Anschrift Beihilfestelle und Personalnummer:
--

**Die Pflegetätigkeiten werden durchgeführt von:**

- privater Pflegeperson (1)**

Name, Vorname der Pflegeperson:	Geburtsdatum:
Anschrift (Straße, HNR., PLZ, Ort):	Telefon:

In welchem Verhältnis stehen Sie zur dieser Pflegeperson?

- Ehegatte/Lebensgefährte    Elternteil    Kind    sonst. Familienangehöriger/Verwandter    Sonstige Person

- privater Pflegeperson (2)**

Name, Vorname der Pflegeperson:	Geburtsdatum:
Anschrift (Straße, HNR., PLZ, Ort):	Telefon:

In welchem Verhältnis stehen Sie zur dieser Pflegeperson?

- Ehegatte/Lebensgefährte    Elternteil    Kind    sonst. Familienangehöriger/Verwandter    Sonstige Person

- Pflegedienst**

Name des Pflegedienstes:	Telefon:
Anschrift (Straße, HNR., PLZ, Ort):	

- Pflegeheim**    **Tagespflegeeinrichtung**    **Einrichtung für behinderte Menschen**

Name der Einrichtung:	Telefon:
Anschrift (Straße, HNR., PLZ, Ort):	

**An die Heimleitung mit der Bitte um Ergänzung**

Der Medizinische Dienst der privaten Pflegeversicherung, die MEDICPROOF Gesellschaft für medizinische Gutachten, Köln, wird sich wegen der Untersuchung des Antragstellers/der Antragstellerin mit Ihnen zwecks Terminabsprache in Verbindung setzen.

Bitte teile Sie uns dazu einen Ansprechpartner in Ihrem Haus mit:

Name Ansprechpartner:
Telefondurchwahl:
Erreichbar von/bis:

Stempel und Unterschrift der Einrichtung
--



Versicherungs-Nummer: \_\_\_\_\_

Seite 3 von 3

Bestehen (bzw. wurden beantragt) noch anderweitige Ansprüche wegen Pflegebedürftigkeit (z.B. nach dem Bundesversorgungsgesetz, aus der gesetzlichen Unfallversicherung, aus öffentlichen Kassen auf Grund gesetzlich geregelter Unfallversorgung oder Unfallfürsorge oder privatrechtlicher Art)?

Ja       Nein

Wenn Ja, geben Sie bitte Art und Höhe der Ansprüche an (ggf. bitte Kopie des Anerkennungsbescheides bzw. Antrages beilegen):



Der Termin zur Begutachtung soll anstelle des Versicherten mit folgender Person abgestimmt werden:

Name, Vorname der Person:	Geburtsdatum:
Anschrift (Straße, HNR., PLZ, Ort):	Telefon:

Ein wichtiger Hinweis für Sie:

Ihr Antrag kann nur bearbeitet werden, wenn neben dem unterschriebenen Antragsformular auch die beiliegende Schweigepflichtentbindungserklärung unterschrieben zurück geschickt wird.

Bitte beachten Sie:

Änderungen in den Verhältnissen, die für die Versicherungsleistungen erheblich sind, müssen Ihrem 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 Pflegetätigkeit oder eine Wohnsitzverlegung in das Ausland. Beachten Sie diese Obliegenheiten nicht, kann der Versicherer hierdurch leistungsfrei werden.

Datum:	Unterschrift des/der Pflegebedürftigen:
--------	---

Datum:	Unterschrift des Bevollmächtigten (sofern vorhanden):
--------	---

Datum:	Unterschrift des Betreuers (wenn vorhanden):
--------	--

Datum:	Unterschrift des Versicherungsnehmers:
--------	--



AXA Krankenversicherung AG

50592 Köln

Absender :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Tel. : \_\_\_\_\_

Fax : \_\_\_\_\_

Versicherungs-Nummer :

\_\_\_\_\_

**Datenschutzrechtliche Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärungen**

Stand: 01. Mai 2018 Seite 1 von 2

Name	Telefon/Fax
Anschrift	



**Datenschutzrechtliche Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärungen**

Leistungen aus der privaten Pflegepflichtversicherung erhalte ich erst, wenn die Pflegebedürftigkeit im Sinne von § 1 Absatz 2 bis 10 MB/PPV 2017 durch ein Gutachten festgestellt worden ist. Dies entspricht § 1 Absatz 11 MB/PPV 2017. 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) Pflege-/Hilfsmitteln und
- Namen, Geburtsdaten, Adressen und Pflegezeiten von Pflegepersonen.

Mein Versicherer beauftragt Medicproof damit, 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 2017 die Schulung von pflegenden Angehörigen auch in der häuslichen Umgebung des Pflegebedürftigen an. Es handelt sich um eine Versicherungsleistung, die pflegenden Angehörigen konkrete pflegerische Fähigkeiten vermitteln soll. Auch zu diesem Zweck beauftragt mein Versicherer Medicproof damit, die Durchführung der Schulung pflegender Angehöriger einem Gutachter zu übertragen. Der Gutachter vermittelt dabei beispielsweise:

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

**1. Datenübermittlung an Medicproof und den Gutachter**

Mein Versicherer übermittelt die zur Begutachtung, zur Anfertigung der pflegfachlichen Stellungnahme und zur Schulung pflegender Angehöriger erforderlichen Daten zu meiner Person, wie

- Name, Adresse, Geburtsdatum und Versicherungsnummer,
- Name der Pflegeeinrichtung oder der mich versorgenden Pflegepersonen,
- Gesundheitsdaten, wie bekannte Diagnosen und Krankheitsbeschreibungen,

an Medicproof. In Einzelfällen können auch ärztliche Entlassungs- oder Behandlungs- und Befundberichte übermittelt werden, wenn dies erforderlich ist, um das Krankheitsbild genau zu beschreiben. Medicproof gibt die im Rahmen der Begutachtung erforderlichen Daten an den beauftragten Gutachter weiter. Gleichzeitig benennt mein Versicherer Hilfsmittel, die vorhanden oder bereits beantragt sind.

**Ich willige** in die Übermittlung der erforderlichen Daten zur Begutachtung, Anfertigung der pflegfachlichen Stellungnahme und zur Durchführung der Schulung pflegender Angehöriger **ein und entbinde** die für den Versicherer tätigen Personen insoweit von ihrer Schweigepflicht.



Versicherungs-Nummer: \_\_\_\_\_

### Datenschutzrechtliche Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärungen

Stand: 01. Mai 2018 Seite 2 von 2

#### 2. Datenerhebung bei Dritten

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, Pflegepersonen, pflegende Angehörige und Bedienstete von Pflegediensten und Pflegeheimen. Die Kenntnis der Daten muss zur Beurteilung der Leistungspflicht erforderlich sein.

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

#### 3. Übermittlung des Gutachtens / 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 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 seinem Gutachten zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach Maßgabe von § 6 Absatz 2 Satz 2 MB/PPV 2017 eine konkrete Empfehlung zur Hilfsmittel- und Pflegehilfsmittelversorgung abzugeben.

**Ich ermächtige** den jeweiligen Gutachter, das Gutachten und gegebenenfalls die pflegefachliche Stellungnahme an Medicproof zu übermitteln. **Hierzu entbinde ich** ihn von seiner Schweigepflicht. Medicproof wird das jeweilige Gutachten und gegebenenfalls die pflegefachliche Stellungnahme nach Qualitätsprüfung an meinen Versicherer weiterleiten. **Ferner stimme ich zu**, dass die Empfehlung zur Hilfsmittel- und Pflegehilfsmittelversorgung als Antrag zur Leistungsgewährung gilt.

#### 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 2017 einen Anspruch auf Zusatzzahlung nach Nr. 12 des Tarifs PV.

**Ich bin damit einverstanden**, dass Medicproof zur Beurteilung der Leistungspflicht meinem Versicherer die Umstände für Verzögerungen im Begutachtungsverfahren mitteilt, 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 Daten, insbesondere Gesundheitsdaten, die im Zusammenhang mit meiner Begutachtung und der Schulung pflegender Angehöriger erhoben wurden und werden, erhebt, verarbeitet und nutzt.

Dem Gutachter und Medicproof **erlaube ich**, diese Daten in dem für eine ordnungsgemäße Begutachtung und Schulung pflegender Angehöriger erforderlichen Umfang zu erheben, zu verarbeiten und zu nutzen.

#### 6. Mitteilungen an das Pflegeheim

Bei vollstationärer Pflege **bin ich damit einverstanden**, dass mein Versicherer dem Pflegeheim 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 Heimentgeltes. Mein Einverständnis gilt auch beim Wechsel von häuslicher in vollstationäre Pflege.

#### 7. Mitteilungen an Leistungserbringer von Hilfsmitteln und Pflegehilfsmitteln

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

#### Widerspruch gegen einen Gutachter

Wenn ich begründete Einwände gegen einen bestimmten Gutachter, der von Medicproof mit meiner Untersuchung zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit beauftragt wurde, habe, kann ich verlangen, dass ein anderer Gutachter beauftragt wird. Lehne ich eine Untersuchung ganz ab, kann mein Antrag auf Pflegeleistungen jedoch regelmäßig nicht bearbeitet werden.

#### Hinweis

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 Pflegetätigkeit oder eine Wohnsitzverlegung in das Ausland. **Werden diese Obliegenheiten nicht beachtet, kann der Versicherer hierdurch leistungsfrei werden.**

Es steht Ihnen frei, die Einwilligung/Schweigepflichtentbindungserklärung nicht abzugeben oder jederzeit mit Wirkung für die Zukunft zu widerrufen. Wird die Erklärung nicht abgegeben oder widerrufen, kann dies allerdings zur Folge haben, dass die Leistungen aus der Pflegepflichtversicherung nicht oder nur eingeschränkt erbracht werden können.

#### Unterschrift

Ort, Datum

Unterschrift der versicherten Person, des gesetzlichen Vertreters oder einer mit einer Vorsorgevollmacht versehenen Person

\_\_\_\_\_