Bitte zurücksenden an:

Versicherer im Raum der Kirchen
Krankenversicherung AG
Doktorweg 2 - 4
32752 Detmold

Datum:

Versicherungsschein-Nr.:

Antrag auf Leistungen für vollstationäre Pflege

(Bitte in Blockschrift ausfüllen)

Hiermit beantrage ich Leistungen aus der privaten Pflegepflichtversicherung für vollstationäre Pflege.

1) Angaben zum Pflegebedürftigen:

Familienname, Vorname _____ Geb.-Datum _____

Straße _____

PLZ/Ort **(bei Ortsteilen, diese bitte unbedingt angeben)** _____

2) Angaben zur Pflegeeinrichtung:

Name der Pflegeeinrichtung _____ Aufnahmedatum _____

Straße _____

PLZ/Ort **(bei Ortsteilen, diese bitte unbedingt angeben)** _____

3) Warum erfolgt keine häusliche oder teilstationäre Pflege? (nur tags oder nur nachts)

(Bitte kurze Begründung, z. B.: Wegen dem Umfang der Pflegebedürftigkeit, weil keine Angehörigen oder andere Pflegepersonen vorhanden sind, usw.)

_____

4) Auszahlung der Versicherungsleistungen

☐ Ich wünsche die Auszahlung der Versicherungsleistungen auf das nachstehende Konto. Dazu werde ich regelmäßig die monatlichen Rechnungen des Pflegeheims einreichen.

Kontoinhaber _____ Geldinstitut _____

IBAN _____ BIC _____

Versicherungsschein-Nr.:

(Abteilung Pflegeversicherung/Leistung)

☐ Ich weise die Versicherer im Raum der Kirchen Krankenversicherung AG hiermit an, die Versicherungsleistungen unmittelbar an das Pflegeheim auszuzahlen.

5) Andere Ansprüche auf Pflegeleistungen

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 Unfallversicherung, aus öffentlichen Kassen auf Grund gesetzlich geregelter Unfallversorgung, z. B. nach dem Beamtenversorgungsgesetz oder Unfallfürsorge oder privatrechtlicher Art?)

☐ ja ☐ nein Handelt es sich um einen Behandlungsfehler? ☐ ja ☐ nein

Art und Höhe der Ansprüche (ggf. bitte Kopie des Anerkennungsbescheids bzw. Antrags beilegen):

_____

_____

6) Behandelnder Hausarzt

Name	Straße
PLZ/Ort	Tel.-Nr./Fax-Nr. (bitte mit Vorwahl angeben)

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 Abs. 11 MB/PPV* festgestellt worden ist. Zu diesem Zweck beauftragt die Versicherer im Raum der Kirchen Krankenversicherung AG 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 wohnumfeldverbessernden Maßnahmen und
– Namen, Vornamen, Geburtsdaten, Adressen und Pflegezeiten von Pflegepersonen.

Die Versicherer im Raum der Kirchen Krankenversicherung AG kann MEDICPROOF auch beauftragen, dass der Gutachter in einem gesonderten Gutachten Feststellungen zur Notwendigkeit der Versorgung mit (beantragten) Hilfsmitteln sowie wohnumfeldverbessernden Maßnahmen trifft.

Die Versicherer im Raum der Kirchen Krankenversicherung AG kann 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 beauftragt die Versicherer im Raum der Kirchen Krankenversicherung AG MEDICPROOF damit, die Durchführung des Pflegekurses in Form des Pflegetrainings einem Pflegetrainer von MEDICPROOF zu übertragen. Der Pflegetrainer vermittelt dabei beispielsweise:

– Lagerungstechniken für Rücken schonendes Arbeiten oder 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 die Versicherer im Raum der Kirchen Krankenversicherung AG 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 die Versicherer im Raum der Kirchen Krankenversicherung AG 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

Die Versicherer im Raum der Kirchen Krankenversicherung AG übermittelt die zur Begutachtung, zur Anfertigung der pflegefachlichen Stellungnahme und zur Schulung pflegender Angehöriger erforderlichen Daten zu meiner Person, 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 die Versicherer im Raum der Kirchen Krankenversicherung AG Hilfsmittel und wohnumfeldverbessernde 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 die Versicherer im Raum der Kirchen Krankenversicherung AG tätigen Personen insoweit von ihrer Schweigepflicht.

2. Datenerhebung bei Dritten und Weiterleitung an MEDICPROOF sowie die Versicherer im Raum der Kirchen Krankenversicherung AG

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 die Versicherer im Raum der Kirchen Krankenversicherung AG übermittelt **und entbinde** ihn insoweit von seiner Schweigepflicht.

3. Übermittlung des Gutachtens zur Pflegebedürftigkeit / des gesonderten Gutachtens zu Hilfsmitteln und wohnumfeldverbessernden Maßnahmen / der pflegefachlichen Stellungnahme an MEDICPROOF und die Versicherer im Raum der Kirchen Krankenversicherung AG

MEDICPROOF muss – in Übereinstimmung mit den gesetzlichen Bestimmungen (§ 23 Absatz 6 Nr.1 SGB XI) - bei der Begutachtung zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit 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. ME-

Versicherungsschein-Nr.:

(Abteilung Pflegeversicherung/Leistung)

DICPROOF 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 das Gutachten zur Pflegebedürftigkeit, das gesonderte Gutachten zu Hilfsmitteln und wohnumfeldverbessernden Maßnahmen sowie die pflegefachliche Stellungnahme an MEDICPROOF übermittelt. **Hierzu entbinde ich** ihn von seiner Schweigepflicht. MEDICPROOF wird das jeweilige Gutachten zur Pflegebedürftigkeit, das gesonderte Gutachten zu Hilfsmitteln und wohnumfeldverbessernden Maßnahmen sowie die pflegefachliche Stellungnahme nach Qualitätsprüfung an die Versicherer im Raum der Kirchen Krankenversicherung AG übermitteln. **Ferner willige ich ein**, dass die Empfehlung zur Hilfsmittel- und Pflegehilfsmittelversorgung als Antrag zur Leistungsgewährung gilt.

4. Verzögerte Feststellung der Pflegebedürftigkeit

Die Versicherer im Raum der Kirchen Krankenversicherung AG 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 der Versicherer im Raum der Kirchen Krankenversicherung AG die Umstände für Verzögerungen im Begutachtungsverfahren übermittelt, auch soweit es sich um Gesundheitsdaten handelt.

5. Datenverarbeitung durch den Gutachter, MEDICPROOF und die Versicherer im Raum der Kirchen Krankenversicherung AG

Ich willige ein, dass die Versicherer im Raum der Kirchen Krankenversicherung AG die zur Durchführung des Versicherungsvertrags erforderlichen Gesundheitsdaten, die im Zusammenhang mit meiner Begutachtung zur Pflegebedürftigkeit, der pflegefachlichen Stellungnahme, dem Pflegetraining und der Begutachtung von Hilfsmitteln und wohnumfeldverbessernden 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 wohnumfeldverbessernden Maßnahmen sowie für die Durchführung des Pflegetrainings erforderlichen Umfang verarbeiten.

6. Mitteilungen an das Pflegeheim

Bei vollstationärer Pflege **willige ich ein**, dass die Versicherer im Raum der Kirchen Krankenversicherung AG dem Pflegeheim auf Anfrage meinen Pflegegrad übermittelt **und entbinde** die für die Versicherer im Raum der Kirchen Krankenversicherung AG 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

Ich willige ein, dass die Versicherer im Raum der Kirchen Krankenversicherung AG 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 die Versicherer im Raum der Kirchen Krankenversicherung AG tätigen Personen von ihrer Schweigepflicht.

Versicherungsschein-Nr.:

(Abteilung Pflegeversicherung/Leistung)

8. Mitteilungen an die zuständige Stelle im Krankenhaus

Ich willige ein, dass die Versicherer im Raum der Kirchen Krankenversicherung AG 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 die Versicherer im Raum der Kirchen Krankenversicherung AG 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 wohnumfeldverbessernden 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.

Hinweise

Änderungen in den Verhältnissen, die für die Versicherungsleistungen erheblich sind, müssen der Versicherer im Raum der Kirchen Krankenversicherung AG 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 die Versicherer im Raum der Kirchen Krankenversicherung AG 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 der Versicherer im Raum der Kirchen Krankenversicherung AG 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 und Datum, Unterschrift der versicherten Person

_____

Ort, Datum, Unterschrift der gesetzlichen Vertreterin/des gesetzlichen Vertreters

_____

Ort, Datum, Unterschrift der mit einer Vorsorgevollmacht versehenen Person
(Bitte übersenden Sie uns eine Kopie der entsprechenden aktuellen Vollmacht, falls noch nicht geschehen.)

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