Debeka
Krankenversicherungsverein a. G.

Bitte ausgefüllt und unterschrieben zurück an:

Debeka
Krankenversicherungsverein a. G.
ZD/P - Schriftwechsel Pflege
56078 Koblenz

Service-Nr.:

Antrag auf Leistungen aus der privaten Pflegepflichtversicherung (PPV)

Dieser Antrag umfasst fünf Seiten. Damit wir ihn bearbeiten können, senden Sie bitte **alle fünf Seiten** vollständig zurück. Beantworten Sie alle Fragen und unterschreiben Sie auf der letzten Seite. Vielen Dank.

1. Angaben zur pflegebedürftigen Person	Name	
	Straße, Haus-Nr.	
	Postleitzahl, Wohnort	
	Ortsteil	
	Telefon	
	Mit wem soll der medizinische Dienst eine Terminabsprache treffen? Bitte nennen Sie uns den Namen, Vornamen, die Anschrift und Telefonnummer eines Ansprechpartners.	
	Name, Vorname	
	Straße, Haus-Nr.	
	Postleitzahl, Ort	
	Telefon	
2. Grund der Pflegebedürftigkeit	Welche Erkrankung/Behinderung liegt vor?	
	Seit wann liegt diese Erkrankung/ Behinderung vor?	
	Liegt ein	☐ Arbeitsunfall ☐ privater Unfall vor? ☐ kein Unfall
	Wenn "ja", wann war der Unfalltag?	
	Handelt es sich um:	☐ eine anerkannte Wehrdienstbeschädigung/Kriegsschaden/ Versorgungsleiden, ☐ ein sonstiges Versorgungsleiden (Opfer einer Gewalttat etc.)? Wenn "ja", geben Sie uns bitte genau an, welche Versorgung gewährt wird:

	Liegt ein Behandlungsfehler vor?	☐ nein ☐ ja
	Liegt voraussichtlich Pflegebedürftigkeit auf Dauer (für mindestens 6 Monate) vor?	☐ nein ☐ ja Wenn "nein", nennen Sie uns bitte die genaue Diagnose:
3. Derzeitige Maßnahmen	Findet derzeit eine vollstationäre Heilbehandlung im Krankenhaus oder eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme, Kur- oder Sanatoriumsbehandlung statt? Wenn "ja", wann soll die Entlassung nach Hause erfolgen?	
	Entlassung voraussichtlich am	
4. Beihilfe/ Heilfürsorge	Besteht für die pflegebedürftige Person der Anspruch auf Beihilfe oder freie Heilfürsorge? 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.	
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, insbesondere Ansprüche gegen einen Dritten wegen eines Behandlungsfehlers? Wenn „nein“, wurden diese beantragt? Besteht ein Anspruch gegen einen Dritten wegen eines Behandlungsfehlers, geben Sie uns bitte den Namen und die Anschrift der Person an, gegen die sich der Anspruch richtet. ☐ ja ☐ nein ☐ 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.)	
6. Ich beantrage	☐ Kostenerstattung für häusliche Pflegehilfe durch eine anerkannte Pflegeeinrichtung	
	Name der Pflegeeinrichtung/Sozialstation bzw. der Berufspflegefachkraft	
	Anschrift der Pflegeeinrichtung/Sozialstation bzw. der Berufspflegefachkraft	
	Straße, Haus-Nr.	
	Postleitzahl, Ort	
	Telefon	
	Fax	
	☐ Pflegegeld, zur Sicherung der erforderlichen Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung durch eine private Pflegeperson (Familienangehörige, Verwandte oder sonstige ehrenamtliche Helfer/innen)	
	Name der Pflegeperson	
	Anschrift der Pflegeperson:	
	Straße, Haus-Nr.	
	Postleitzahl, Ort	
	Telefon	
	Fax	
	☐ Sonstiger Wunsch:	

7. Datenschutzrechtliche Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärungen

Diese Erklärung umfasst zusätzlich drei Seiten und gehört zum Antrag. Bitte senden Sie uns **alle Seiten** zurück und unterschreiben auf der letzten Seite.

Leistungen aus der privaten Pflegepflichtversicherung erhalte ich, wenn die Pflegebedürftigkeit im Sinne von § 1 Absatz 2 bis 10 MB/PPV durch ein Gutachten gemäß § 1 Abs. 11 MB/PPV* festgestellt ist oder erneut festgestellt wird. Zu diesen Zwecken 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 wohnumfeldverbessernden Maßnahmen und
- Namen, Vornamen, Geburtsdaten, Adressen und Pflegezeiten von Pflegepersonen.

Mein Versicherer kann Medicproof auch beauftragen, dass der Gutachter in einem gesonderten Gutachten Feststellungen zur Notwendigkeit der Versorgung mit (beantragten) Hilfsmitteln sowie wohnumfeldverbessernden Maßnahmen trifft.

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 mein Versicherer 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 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*).

7.1. 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 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 den Versicherer tätigen Personen insoweit von ihrer Schweigepflicht.

7.2. 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.

7.3. Übermittlung des Gutachtens zur Pflegebedürftigkeit / des gesonderten Gutachtens zu Hilfsmitteln und wohnumfeldverbessernden 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 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. 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 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 meinen Versicherer übermitteln. **Ferner willige ich ein**, dass die Empfehlung zur Hilfsmittel- und Pflegehilfsmittelversorgung als Antrag zur Leistungsgewährung gilt.

7.4. Verzögerte Feststellung der Pflegebedürftigkeit

Mein Versicherer muss mich innerhalb einer gesetzlichen Frist (§ 18c Abs. 1 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.

7.5. 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 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.

7.6. Mitteilungen an das Pflegeheim

Bei vollstationärer Pflege **willige ich ein**, dass mein Versicherer dem Pflegeheim auf Anfrage meinen Pflegegrad übermittelt **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.

7.7. 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.

7.8. 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 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 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**.

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.

Achten Sie bitte - in Ihrem eigenen Interesse - darauf, uns alle fünf Seiten des Formulars zuzusenden. Denn nur so können wir sehen, ob Sie mit allen Punkten der Schweigepflichtentbindungserklärung einverstanden sind. Erhalten wir nicht alle Seiten, müssten wir die fehlenden erneut bei Ihnen anfordern. Das verzögert die Bearbeitung erheblich.

X

Datum

X

Unterschrift der versicherten Person, der/des gesetzlichen Vertreterin/Vertreters oder einer sonstigen mit einer Vollmacht versehenen Person (bitte ein Kopie der Vollmacht beifügen, falls noch nicht geschehen)