

# Daimler Betriebskrankenkasse

## Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung

für \_\_\_\_\_, KV-Nr.: \_\_\_\_\_

### Aufgrund meiner Pflegebedürftigkeit beziehe ich

Sachleistungen  Geldleistungen  Kombinationsleistungen der Pflegestufe \_\_\_\_\_

und beantrage die Höherstufung, weil \_\_\_\_\_

### Die Pflege wird durchgeführt von

\_\_\_\_\_  
Name des Hilfsdienstes oder der Sozialstation

\_\_\_\_\_  
Anschrift des Hilfsdienstes oder der Sozialstation

\_\_\_\_\_  
Name der Pflegeperson

\_\_\_\_\_  
Telefon

\_\_\_\_\_  
Anschrift der Pflegeperson

### Mein behandelnder Arzt ist

\_\_\_\_\_  
Name

\_\_\_\_\_  
Telefon

\_\_\_\_\_  
Anschrift

Ich bin damit einverstanden, dass mein o.g. behandelnder Arzt vorhandene ärztliche Berichte, Gutachten und Befunddokumentationen dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung zur Verfügung stellt, soweit sie für die Begutachtung der Pflegebedürftigkeit erforderlich sind. Falls Sie nicht damit einverstanden sind, streichen Sie bitte diesen Abschnitt durch. Sofern Sie die Einwilligung verweigern, kann dies zu Nachteilen bei der Leistungserbringung führen (§ 66 SGB I).

Für eventuelle Fragen können Sie Kontakt aufnehmen mit \_\_\_\_\_

unter der Telefonnummer\* \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

Datenschutzhinweis: Die Erhebung der Daten ist zur rechtmäßigen Aufgabenerfüllung erforderlich; sie beruht auf § 94 SGB XI und § 60 SGB I und verpflichtet Sie zur Mitwirkung, da ansonsten Ihr Antrag nicht bearbeitet werden kann. Die Angaben mit \* sind freiwillig.

# Daimler Betriebskrankenkasse

## Erfassung des Pflegeaufwandes/Pflegetagebuch

für Leistungen bei ambulanter Pflege

für \_\_\_\_\_, KV-Nr.: \_\_\_\_\_

geboren am \_\_\_\_\_

**Tätigkeiten** (Sofern folgende Verrichtungen nicht täglich anfallen, kann bei der Bemessung des zeitlichen Gesamtpflegeaufwandes der wöchentliche Zeitaufwand im Tagesdurchschnitt berücksichtigt werden)

**Hilfebedarf pro Tag**

**1. Körperpflege** (auch Bereitstellen von Utensilien, Nachbereitung, orientierende Hilfe, Pflege des Körpers)

> Waschen	<input type="checkbox"/> x / Tag	<input type="text"/> Min.
> Duschen/Baden	<input type="checkbox"/> x / Tag	<input type="text"/> Min.
> Zahnpflege/Mundpflege	<input type="checkbox"/> x / Tag	<input type="text"/> Min.
> Kämmen/Rasieren	<input type="checkbox"/> x / Tag	<input type="text"/> Min.
> Darm-/Blasenentleerung	<input type="checkbox"/> x / Tag	<input type="text"/> Min.

**2. Ernährung** (auch Bereitstellen von Speisen und Getränken, Hilfe beim Essen und Trinken einschl. Sondernahrung, Zubereitung bei Nahrungsaufnahme)

> Mundgerechte Zubereitung (z. B. Kleinschneiden)	<input type="checkbox"/> x / Tag	<input type="text"/> Min.
> Nahrungsaufnahme	<input type="checkbox"/> x / Tag	<input type="text"/> Min.

**3. Mobilität** (auch Bewegung, Lagerung, Begleitung)

> Aufstehen/Zu-Bett-Gehen	<input type="checkbox"/> x / Tag	<input type="text"/> Min.
> Drehen im Bett	<input type="checkbox"/> x / Tag	<input type="text"/> Min.
> An- /Auskleiden	<input type="checkbox"/> x / Tag	<input type="text"/> Min.
> Gehen	<input type="checkbox"/> x / Tag	<input type="text"/> Min.
> Stehen	<input type="checkbox"/> x / Tag	<input type="text"/> Min.
> Treppensteigen (innerhalb der Wohnung)	<input type="checkbox"/> x / Tag	<input type="text"/> Min.
> Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung ((z. B. Arztbesuche, Behördengänge)	<input type="checkbox"/> x / Tag	<input type="text"/> Min.

# Daimler Betriebskrankenkasse

## Erfassung des Pflegeaufwandes/Pflegetagebuch

für \_\_\_\_\_, KV-Nr.: \_\_\_\_\_

geboren am \_\_\_\_\_

**Tätigkeiten** (Sofern folgende Verrichtungen nicht täglich anfallen, kann bei der Bemessung des zeitlichen Gesamtpflegeaufwandes der wöchentliche Zeitaufwand im Tagesdurchschnitt berücksichtigt werden)

**Hilfebedarf pro Tag**

### 4. Hauswirtschaftliche Versorgung

> Einkaufen	<input type="checkbox"/> x / Tag	<input type="text"/> Min.
> Kochen (Vor- u. Zubereitung der Mahlzeiten, von Diäten)	<input type="checkbox"/> x / Tag	<input type="text"/> Min.
> Reinigung der Wohnung	<input type="checkbox"/> x / Tag	<input type="text"/> Min.
> Geschirr spülen	<input type="checkbox"/> x / Tag	<input type="text"/> Min.
> Wechseln/Waschen der Wäsche/Kleidung	<input type="checkbox"/> x / Tag	<input type="text"/> Min.
> Beheizen der Wohnung (Beschaffung und Entsorgung der Heizmaterialien)	<input type="checkbox"/> x / Tag	<input type="text"/> Min.

### 5. Besonderheiten

---



---



---

**Gesamtzeit** \_\_\_\_\_

Ich beantrage Leistungen der Pflegekasse nach der Pflegestufe  I  II  III

Ort, Datum

Unterschrift des Versicherten

Unterschrift der Pflegeperson