



## Antrag

auf ambulante Pflegeleistungen

Versicherungsschein-Nummer \_\_\_\_\_

### Angaben zum Pflegebedürftigen

ⓘ Bitte auch bei unveränderten Angaben eintragen.

Titel \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Nachname \_\_\_\_\_

Straße Hausnummer \_\_\_\_\_

Postleitzahl Ort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

### Bei Anspruch auf Beihilfe oder Leistungen der Heilfürsorge

Beihilfestelle bzw. Dienstherr \_\_\_\_\_

Straße Hausnummer \_\_\_\_\_

Postleitzahl Ort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

Bestehen bei anderen Stellen (z. B. der gesetzlichen Unfallversicherung, privatrechtlicher Art, bei zwischen- oder überstaatlichen Einrichtungen oder aus dem Ausland) Ansprüche wegen Pflegebedürftigkeit bzw. wurden bei anderen Stellen wegen Pflegebedürftigkeit Leistungen beantragt?

**Nein**

**Ja**

Falls Ja, Art und Höhe der Ansprüche (ggf. bitte Kopie des Anerkennungsbescheides bzw. Antrages beilegen):

\_\_\_\_\_

Ich beantrage

**Kostenerstattung für häusliche Pflegehilfe durch eine geeignete Pflegekraft/ambulante Pflegeeinrichtung und/oder Pflegegeld, mit dessen Umfang ich die erforderliche Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung durch eine Pflegeperson in geeigneter Weise selbst sicherstelle.**



Die Geldleistung bitte ich auf folgendes Konto zu überweisen:

Nachname, Vorname \_\_\_\_\_

**IBAN** \_\_\_\_\_

*Sie finden die IBAN auf Ihrem Kontoauszug oder auf Ihrer Bankkarte*

Geldinstitut \_\_\_\_\_

**Name und Telefonnummer der Kontaktperson für die Terminvereinbarung zur Begutachtung**

Titel \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Nachname \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

**Folgende Ärzte können Auskunft über meinen Gesundheitszustand geben**

Fachrichtung \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

Fachrichtung \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

Fachrichtung \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

Fachrichtung \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_



## Sonstiger Wunsch

Bitte vergleichen Sie das Informationsblatt zu den Leistungen

---

## Fragebogen zur Vorbereitung auf die Begutachtung

Zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit wird Sie ein Gutachter von Medicproof besuchen. Medicproof ist der medizinische Dienst der privaten Krankenversicherungen. Bitte unterstützen Sie den Ablauf der Begutachtung durch eine gute Vorbereitung. Füllen Sie das Formular als Grundlage für die Fragen des Gutachters sorgfältig aus. So kann sich der Gutachter ein Bild vom Grad Ihrer Selbständigkeit machen. Die Angaben zu Ihren Pflegepersonen sind unter anderem für mögliche Zahlungen von Renten- und Arbeitslosenversicherungsbeiträgen wichtig. Die Angaben in diesem Fragebogen sind nicht abschließend und erheben keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Ihre Hinweise dienen aber als wichtige Basis für das Gespräch und werden vom Gutachter mit seinen eigenen Eindrücken und den geltenden Begutachtungsrichtlinien abgeglichen.

### Angaben zur pflegebedürftigen Person

Titel

\_\_\_\_\_

Vorname

\_\_\_\_\_

Nachname

\_\_\_\_\_

Geburtsdatum

\_\_\_\_\_

Versicherungsschein-Nummer

\_\_\_\_\_

### Beschwerden oder Beeinträchtigungen

Welche körperlichen, seelischen und geistigen Beschwerden oder Beeinträchtigungen stehen im Vordergrund? (Art und Beginn/besondere Ereignisse/Komplikationen) Beschreiben Sie dies mit eigenen Worten.

---

Bestehen Verhaltensauffälligkeiten oder demenzielle Symptome (z. B. Unruhezustände, Umtriebigkeit, aggressives/abwehrendes Verhalten, ausgeprägte Ängste/Panikattacken, Antriebslosigkeit bei depressiver Stimmungslage)?

**Nein**

**Ja**

Falls Ja, welche, wie häufig und seit wann? (Beschreiben Sie dies mit eigenen Worten.)



Welche Hilfsmittel werden genutzt und welche werden Ihrer Einschätzung nach zusätzlich benötigt?  
(z. B. Pflegebett, Rollstuhl, Toilettenrollstuhl, Badewannenlifter, etc.) Beschreiben Sie dies mit eigenen Worten.

Bereits genutzte Pflegehilfsmittel

---

Benötigte Pflegehilfsmittel

---

Die pflegerische Notwendigkeit wird im Rahmen der Begutachtung geprüft.

### Wie schätzen Sie die Beeinträchtigungen Ihrer Selbstständigkeit oder Fähigkeiten ein?

Pflegebedürftigkeit im Sinne des Gesetzes (SGB XI) orientiert sich daran, wie stark die Selbstständigkeit oder die Fähigkeiten eines Menschen bei der Bewältigung des Alltags beeinträchtigt sind und er deshalb der Hilfe durch andere bedarf. Bitte geben Sie an, wie Sie Ihre Selbstständigkeit und Ihre Fähigkeiten einschätzen.

Können Sie sich Fortbewegen?

**Selbstständig**  
**(ggf. mit Hilfsmitteln)**

**Mit personeller Hilfe**

**Nicht möglich**

Können Sie Treppensteigen?

**Selbstständig**

**Mit personeller Hilfe**

**Nicht möglich**

Sind Sie bettlägerig?

**Nein**

**Manchmal**

**Ständig**

Besteht Lagerungsbedarf?

**Nein**

**Ja**

Besteht Harninkontinenz?

**Nein**

**Manchmal**

**Ständig**

Versorgung mit

---

Besteht Stuhlinkontinenz?

**Nein**

**Manchmal**

**Ständig**

---

Versorgung mit



Grundpflege	Selbstständig (ohne fremde Hilfe)	Teilweise selbstständig (Unterstützung durch andere wird benötigt)	Unselbstständig (keine eigene Beteiligung möglich)
Pflege des Oberkörpers			
Waschen des Intimbereichs			
Duschen und Baden			
An- und Auskleiden			
Nahrungsaufnahme			
Flüssigkeitsaufnahme			
Toilettengang			

Kognitive Fähigkeiten	Fähigkeit vorhanden	Fähigkeit leicht bis mittelgradig eingeschränkt	Fähigkeit nicht vorhanden
Orientierung			
Gedächtnis/Erinnerung			
Begreifen/Denken			
Teilnahme an Gesprächen			

Psychische Auffälligkeiten	Nie	Häufig, aber nicht täglich (Eingreifen durch andere erforderlich)	Täglich (Eingreifen durch andere erforderlich)
Verhaltensauffälligkeiten			
Antriebslosigkeit bei de- pressiver Stimmungslage			
Ausgeprägte Ängste/Panik			
Teilnahme an Gesprächen			

Alltags- und Freizeit- gestaltung	Selbstständig (ohne fremde Hilfe)	Teilweise selbstständig (Unterstützung durch andere wird benötigt)	Unselbstständig (keine eigene Beteiligung möglich)
Tagesgestaltung/Aufbau oder Erhalt von Sozial- kontakten/Beschäftigung			

Wann traten erstmalig  
Beeinträchtigungen auf? \_\_\_\_\_

Erfolgen auch während der Nacht Hilfeleistungen?  
(z. B. Lagern, Toilettengänge, Wechsel der Inkontinenzartikel, Beruhigen, Medikamtegabe, Sauerstoffgabe)

**Nein**                      **Ja**

Falls Ja, warum und wie oft?

Besteht ein Unterstützungsbedarf bei der Haushaltsführung?  
(z. B. Einkaufen, Kochen, Wohnungsreinigung, Wäschepflege, Nutzung von Dienstleistungen, Behördenangelegenheiten)

**Nein**                      **Ja**



### Medizinische Versorgungen und Therapiemaßnahmen

Erfolgen medizinische Versorgungen oder Therapiemaßnahmen in der häuslichen Umgebung oder außerhalb des Hauses?

Name des Arztes/  
Therapeuten

Maßnahme

Durchschnittliche Häufigkeit  
pro Woche

Durchschnittliche Häufigkeit  
pro Monat

**In der häuslichen Umgebung**

**Außerhalb des Hauses**

Name des Arztes/  
Therapeuten

Maßnahme

Durchschnittliche Häufigkeit  
pro Woche

Durchschnittliche Häufigkeit  
pro Monat

**In der häuslichen Umgebung**

**Außerhalb des Hauses**

Name des Arztes/  
Therapeuten

Maßnahme

Durchschnittliche Häufigkeit  
pro Woche

Durchschnittliche Häufigkeit  
pro Monat

**In der häuslichen Umgebung**

**Außerhalb des Hauses**

Name des Arztes/  
Therapeuten

Maßnahme

Durchschnittliche Häufigkeit  
pro Woche

Durchschnittliche Häufigkeit  
pro Monat

**In der häuslichen Umgebung**

**Außerhalb des Hauses**



ⓘ Bitte legen Sie einen Medikamentenplan bereit.

Ansonsten notieren Sie bitte, welche Medikamente angeordnet sind (z. B. Tabletten, Tropfen, Spray, Zäpfchen, Salben, Pflaster).

---

Werden Sie bei der Medikamenteneinnahme/-anwendung von jemandem unterstützt?

**Nein**

**Ja**

Von wem wird die Pflege regelmäßig erbracht?

Zur Pflege gehören z. B. die Körperpflege, die Hilfe bei den Toilettengängen und anderen Wegen, das An-/Auskleiden und die Hilfe bei der Nahrungsaufnahme, aber auch Betreuung, Beaufsichtigung und Beschäftigung, hauswirtschaftliche und administrative Verrichtungen sowie Medikamentengabe oder andere Behandlungspflege.

### Pflegeeinrichtung

Pflegeeinrichtung

Straße Hausnummer

Postleitzahl Ort

Pflegetage pro Woche

Pflegestunden pro Woche

### Private Pflegeperson/Angehörige

Titel

Vorname

Nachname

Straße Hausnummer

Postleitzahl Ort

Geburtsdatum

Pflegetage pro Woche

Pflegestunden pro Woche



**Private Pflegeperson/Angehörige**

Titel \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Nachname \_\_\_\_\_

Straße Hausnummer \_\_\_\_\_

Postleitzahl Ort \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Pflegetage pro Woche \_\_\_\_\_

Pflegestunden pro Woche \_\_\_\_\_

**Private Pflegeperson/Angehörige**

Titel \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Nachname \_\_\_\_\_

Straße Hausnummer \_\_\_\_\_

Postleitzahl Ort \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Pflegetage pro Woche \_\_\_\_\_

Pflegestunden pro Woche \_\_\_\_\_

**Private Pflegeperson/Angehörige**

Titel \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Nachname \_\_\_\_\_

Straße Hausnummer \_\_\_\_\_

Postleitzahl Ort \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Pflegetage pro Woche \_\_\_\_\_

Pflegestunden pro Woche \_\_\_\_\_



Bitte geben Sie an, wer den Bogen ausgefüllt hat:

Titel \_\_\_\_\_  
Vorname \_\_\_\_\_  
Nachname \_\_\_\_\_

## Beschreibung der Wohnumgebung

! Fragebogen zur Vorbereitung auf die Begutachtung

### Allgemeine Angaben

Titel \_\_\_\_\_  
Vorname \_\_\_\_\_  
Nachname \_\_\_\_\_  
Straße Hausnummer \_\_\_\_\_  
Postleitzahl Ort \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum \_\_\_\_\_  
Versicherungsschein-Nummer \_\_\_\_\_

### Fragen zum Gebäude

In welcher Art von Gebäude wohnen Sie?

<b>Einfamilienhaus</b>	Wie viele Etagen hat das Haus?	_____
<b>Zweifamilienhaus</b>	In welcher Etage wohnen Sie?	_____
<b>Mehrparteienhaus</b>	In welcher Etage wohnen Sie?	_____
	Gibt es einen Aufzug?	<b>Nein</b> <b>Ja</b>

Befinden sich zwischen der Straße und dem Gebäudeeingang Stufen?

**Nein**      **Ja**

Falls Ja, wie viele?  
\_\_\_\_\_

Befinden sich zwischen dem Gebäudeeingang und Ihrem Wohnbereich Stufen?

**Nein**      **Ja**

Falls Ja, wie viele?  
\_\_\_\_\_



Gibt es Handläufe (Geländer) zum Festhalten?

**Nein**                      **Ja**

Falls Ja, an welcher Seite?

**Rechte Seite**                      **Linke Seite**

Über welche Räume verfügt Ihr Wohnbereich?

**Wohnzimmer**                      **Küche**                      **Schlafzimmer**                      **Keller**  
**Weitere Zimmer** \_\_\_\_\_

Gibt es in Ihrem Wohnbereich einzelne Stufen oder Schwellen (z. B. zur Terrasse oder zum Garten)?

**Nein**                      **Ja**

Falls Ja, wie viele?

\_\_\_\_\_

Wie ist Ihr Badezimmer ausgestattet?

**Dusche**                      Einstiegshöhe in cm (etwa) \_\_\_\_\_

**Liegebadewanne**                      **Badewanne in Sonderform (z. B. Eckwanne, Sitzwanne, Whirlpool)**

**Waschbecken**                      Höhe in cm (etwa) \_\_\_\_\_

**Toilette**                      Höhe in cm (etwa) \_\_\_\_\_

**Sonstiges** \_\_\_\_\_

Könnte eine Person auf einem (Roll-)Stuhl vor dem Waschbecken sitzend gewaschen werden?

**Nein**                      **Ja**

Ist Ihr Badezimmer groß genug, um es mit einem Rollator aufzusuchen?

**Nein**                      **Ja**

Befinden sich im Badezimmer Haltegriffe (z. B. am WC, an der Badewanne, in der Dusche, usw.)?

**Nein**                      **Ja**

Falls Ja, wo?

\_\_\_\_\_

Gibt es in Ihrem Wohnbereich noch ein weiteres Badezimmer oder Gäste-WC?

**Nein**                      **Ja**

Ort \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_



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



## Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung

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 Absatz 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 gemäß § 1 Absatz 5 Satz 1, 2 MB/PPV\*).

### 1 Datenübermittlung an Medicproof, den Gutachter und den Pflegetrainer

Mein Versicherer übermittelt die zur Begutachtung 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 oder das Pflegetraining erforderlichen Daten an den beauftragten Gutachter bzw. Pflegetrainer weiter.

Ich willige in die Übermittlung der erforderlichen Daten zur Begutachtung 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.

## 3 Übermittlung des Gutachtens zur Pflegebedürftigkeit/ des gesonderten Gutachtens zu Hilfsmitteln und wohnumfeldverbessernden Maßnahmen 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 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 nach Qualitätsprüfung an meinen Versicherer übermitteln. Ferner willige ich ein, 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 (§ 18c Absatz 1 SGB XI) über die Feststellung von Pflegebedürftigkeit informieren. Wird diese Frist nicht eingehalten, habe ich unter den Voraussetzungen des § 6 Absatz 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 zur Pflegebedürftigkeit sowie 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 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 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 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 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.

Ort \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_

### 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 Pfl egetätigkeit 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.

MB/PPV\* Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) für die private Pflegepflichtversicherung Teil I



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