

Antrag auf Erhöhung des Pflegegrades

Name, Vorname		Geburtsdatum
Anschrift	Bitte tragen Sie hier ihre Telefonnr. ein	KV-Nummer

Kontoinhaber: XXXXXXXXXXXXXXXXXX	IBAN: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	BIC: XXXXXXXXXXXXXXXX
--	-----------------------------------	------------------------------

Ist diese Bankverbindung noch aktuell? Ja / Nein , meine aktuelle Bankverbindung lautet:

Name des Geldinstituts	
IBAN	BIC
Kontoinhaber	

Ich beantrage die Zuordnung zu einem höheren Pflegegrad, da seit der vorherigen Begutachtung die Selbständigkeit in einigen Bereichen deutlich eingeschränkt ist.

Derzeit beziehe ich Leistungen der Pflegeversicherung entsprechend Pflegegrad _____

Pflegeperson/en unverändert: Ja / Nein , Name und Adresse meiner Pflegeperson/en:

Ich habe Anspruch auf beamtenrechtliche Beihilfe / Heilfürsorge: Ja Nein

Wenn Ja, Name und Anschrift der Beihilfestelle: _____

Ich erhalte bereits Pflegeleistungen von anderen Stellen (Unfallversicherung, Sozialamt, Pflegezulage gem. § 35 Bundesversorgungsgesetz): Ja / Nein
Wenn Ja, reichen Sie uns bitte einen Bewilligungsbescheid ein.

Für die Bearbeitung Ihres Antrages ist es nach den gesetzlichen Vorgaben erforderlich, dass eine Pflegebegutachtung durch den medizinischen Dienst (MD) erfolgt. Wir leiten daher Ihre Antragsdaten an den MD weiter.

- Ja, ich bin damit einverstanden, dass die Novitas BKK die von mir angegebenen persönlichen Daten speichert und nutzt, um mich über die Vorteile einer Versicherung bei der Novitas BKK informieren und beraten zu können. Gern auch per Telefon oder E-Mail. Diese Einwilligung ist freiwillig und kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden. Die Daten werden nicht an Dritte weitergegeben.
- Zusätzlich wünsche ich eine Pflegeberatung. Für die Pflegeberatung ist eine Weiterleitung meiner Antragsdaten sowie der oben aufgeführten Telefonnummer an den Kooperationspartner spectrumK der Novitas BKK erforderlich. Diese Einwilligung ist freiwillig. Sie ist jedoch Voraussetzung für die Durchführung der Pflegeberatung.

_____ Datum

_____ Unterschrift des Versicherten

Datenschutzhinweis: Die Datenerhebung erfolgt auf Grundlage gesetzlicher Berechtigungen und ist für die Durchführung der Aufgaben der Novitas BKK erforderlich. Weitere Informationen zur Datenverarbeitung nach Artikel 13 DSGVO erhalten Sie im Internet unter novitas-bkk.de/datenschutz