

Private Pflegepflichtversicherung (PPV)

Versicherungsnummer: _____

Versicherte Person: _____, geb. _____

Antrag auf folgende wohnumfeldverbessernde Maßnahme: _____

Ein Antrag auf Versicherungsleistungen für eine wohnumfeldverbessernde Maßnahme soll gestellt werden. Die zur Bearbeitung erforderlichen Unterlagen haben Sie von unserer Homepage www.LKH.de heruntergeladen.

Bitte füllen Sie das beigefügte Formular „Fragebogen zur Beantragung eines Kostenzuschusses für eine (Wohnumfeld-)Verbesserung“ aus. Die „datenschutzrechtliche Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärungen“ ist vom Pflegebedürftigen oder dessen Bevollmächtigtem zu unterschreiben.

Bitte übersenden oder faxen Sie sämtliche Unterlagen dann an:

Adresse Landeskrankenhilfe V.V.a.G.
PPV-Leistung
21332 Lüneburg

Telefax (0 41 31) 7 25 13 93

Zur Prüfung der Notwendigkeit der beantragten wohnumfeldverbessernden Maßnahme ist der Medizinischen Dienst der Privaten Pflegepflichtversicherung (MEDICPROOF) mit einer Begutachtung zu beauftragen. Dazu ist es erforderlich, erneut eine aktuelle Schweigepflichtentbindungserklärung vom Pflegebedürftigen einzuholen; diese Erklärung ist zwingende Voraussetzung für die Beauftragung. Zudem benötigen wir zur geplanten Maßnahme weitere Angaben, die wir in dem anliegenden Fragebogen zusammengefasst haben.

Bitte legen Sie uns möglichst umgehend, jedoch spätestens innerhalb von zwei Wochen, die vom Pflegebedürftigen oder dessen Bevollmächtigten unterschriebene Schweigepflichtentbindungserklärung, den ausgefüllten Fragebogen und folgende ergänzende Unterlagen vor:

- Kostenvoranschlag
- Skizze
- Fotodokumentation
- Bestätigung des Vermieters

Der Gutachter wird sich zwecks Terminvereinbarung mit Ihnen oder der von Ihnen benannten Kontaktperson telefonisch in Verbindung setzen. Der Gutachter wird sich als Mitarbeiter der Firma MEDICPROOF ausweisen.

Sobald uns das Gutachten des Medizinischen Dienstes vorliegt, erhalten Sie unaufgefordert Bescheid.

Wichtig: Falls Sie den vereinbarten Termin krankheitsbedingt oder aus sonstigen Gründen nicht wahrnehmen können, informieren Sie uns oder den Gutachter bitte umgehend, damit wir entsprechend planen können.

Mit freundlichen Grüßen
Landeskrankenhilfe V.V.a.G.

Fragebogen zur Beantragung eines Kostenzuschusses für eine (Wohnumfeld-)Verbesserung

Sie möchten eine (Umbau-) Maßnahme zur Verbesserung Ihres Wohnumfeldes durchführen oder haben dies bereits getan und beantragen nun einen Zuschuss zu den Kosten. Um prüfen zu können, ob die Maßnahme in den Leistungsbereich der Pflegeversicherung fällt und ggf. der Medizinische Dienst mit einer Beurteilung der medizinisch pflegerischen Notwendigkeit beauftragt werden kann, legen Sie uns bitte diesen Fragebogen vollständig ausgefüllt vor.

Angaben zur pflegebedürftigen Person:

Versicherungsnummer: _____

Versicherte Person: _____, geb. _____

Ort an dem die (Umbau-) Maßnahme erfolgen soll bzw. schon erfolgt ist:

Straße, PLZ, Ort, ggf. Etage

Wurde die (Umbau-) Maßnahme bereits durchgeführt?

ja nein

Falls ja: Liegt eine Fotodokumentation vom Zustand vor der Maßnahme vor?

ja nein

Leben mehrere Pflegebedürftige in der Wohnung und dient die (Umbau-) Maßnahme mehreren Pflegebedürftigen?

ja nein

Falls ja: Bitte Personen angeben:

Name, Vorname, Geburtsdatum, Pflegekasse/ private Pflegeversicherung, Pflegegrad

Name, Vorname, Geburtsdatum, Pflegekasse/ private Pflegeversicherung, Pflegegrad

Haben Sie bereits zu einem früheren Zeitpunkt Leistungen zur Verbesserung des Wohnumfeldes erhalten?

ja nein

Falls ja: Bitte Zeitpunkt und Maßnahme angeben:

Warum sind die bisherigen Wohnverhältnisse nicht ausreichend? Was ist der Grund für die (Umbau-) Maßnahme(n)? Warum können Sie Ihre bisherige Wohnsituation in der Form nicht länger nutzen? Bitte beschreiben Sie das Problem so genau und ausführlich wie möglich ggf. auch auf der Rückseite.

Versicherungsnummer: _____

Zur Verbesserung ist folgende Maßnahme vorgesehen: Bitte beschreiben Sie das Vorhaben so genau und ausführlich wie möglich ggf. auch auf der Rückseite. Bitte geben Sie auch an wo genau die Maßnahme erfolgen soll (z.B. Haltegriff in der Dusche, Rampe auf die Terrasse usw.)

Haben Sie die im Anschreiben angegebenen Unterlagen beigelegt?

- | | | |
|----------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Fotodokumentation | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Skizze | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Kostenvoranschlag | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Bestätigung des Vermieters | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

Nach bestem Wissen und Gewissen erstellt von:

X

Ort, Datum, Unterschrift

Versicherungsnummer: _____

Versicherte Person: _____, geb. _____

Datenschutzrechtliche Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärungen

Leistungen aus der privaten Pflegepflichtversicherung erhalte ich erst, wenn die Pflegebedürftigkeit im Sinne von § 1 Absatz 2 bis 10 MB/PPV durch ein Gutachten festgestellt worden ist. Dies entspricht § 1 Absatz 11 MB/PPV. Zu diesem Zweck 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) Pflege- / Hilfsmitteln und
- Namen, Geburtsdaten, Adressen und Pflegezeiten von Pflegepersonen.

Mein Versicherer beauftragt Medicproof damit, durch einen Gutachter eine pflegfachliche Stellungnahme über die Sicherstellung der erforderlichen körperbezogenen Pflegemaßnahmen, der pflegerischen Betreuungsmaßnahmen und der Hilfen bei der Haushaltsführung zu erstellen. Die pflegfachliche 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 die Schulung von pflegenden Angehörigen auch in der häuslichen Umgebung des Pflegebedürftigen an. Es handelt sich um eine Versicherungsleistung, die pflegenden Angehörigen konkrete pflegerische Fähigkeiten vermitteln soll. Auch zu diesem Zweck beauftragt mein Versicherer Medicproof damit, die Durchführung der Schulung pflegender Angehöriger einem Gutachter zu übertragen. Der Gutachter vermittelt dabei beispielsweise:

- Lagerungstechniken zur Vermeidung von Druckgeschwüren,
- Rücken schonendes Arbeiten,
- pflegerische Besonderheiten im Zusammenhang mit Inkontinenz und
- pflegerische Besonderheiten im Zusammenhang mit Ernährungsproblemen.

1. Datenübermittlung an Medicproof und den Gutachter

Mein Versicherer übermittelt die zur Begutachtung, zur Anfertigung der pflegfachlichen Stellungnahme und zur Schulung pflegender Angehöriger erforderlichen Daten zu meiner Person, wie

- Name, Adresse, Geburtsdatum und Versicherungsnummer,
- Name der Pflegeeinrichtung oder der mich versorgenden Pflegepersonen,
- Gesundheitsdaten, wie bekannte Diagnosen und Krankheitsbeschreibungen,

an Medicproof. In Einzelfällen können auch ärztliche Entlassungs- oder Behandlungs- und Befundberichte übermittelt werden, wenn dies erforderlich ist, um das Krankheitsbild genau zu beschreiben. Medicproof gibt die im Rahmen der Begutachtung erforderlichen Daten an den beauftragten Gutachter weiter. Gleichzeitig benennt mein Versicherer Hilfsmittel, die vorhanden oder bereits beantragt sind.

Ich willige in die Übermittlung der erforderlichen Daten zur Begutachtung, Anfertigung der pflegefachlichen Stellungnahme und zur Durchführung der Schulung pflegender Angehöriger **ein und entbinde** die für den Versicherten tätigen Personen insoweit von ihrer Schweigepflicht.

2. Datenerhebung bei Dritten

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, Pflegepersonen, pflegende Angehörige und Bedienstete von Pflegediensten und Pflegeheimen. Die Kenntnis der Daten muss zur Beurteilung der Leistungspflicht erforderlich sein.

Ich bin damit einverstanden, dass der Gutachter erforderliche Informationen bei den unter 2. genannten Dritten, die mich untersucht, beraten, behandelt oder gepflegt haben, erhebt und zur Erstellung seines Gutachtens verarbeitet und nutzt. Ich entbinde die unter 2. genannten Personen und Stellen dazu von ihrer Schweigepflicht. **Ferner willige ich ein**, dass der Gutachter meine diesbezüglichen Gesundheitsdaten an Medicproof und an meinen Versicherer übermittelt **und entbinde** ihn insoweit von seiner Schweigepflicht.

3. Übermittlung des Gutachtens / 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 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 seinem Gutachten zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach Maßgabe von § 6 Absatz 2 Satz 2 MB/PPV eine konkrete Empfehlung zur Hilfsmittel- und Pflegehilfsmittelversorgung abzugeben.

Ich ermächtige den jeweiligen Gutachter, das Gutachten und gegebenenfalls die pflegefachliche Stellungnahme an Medicproof zu übermitteln. **Hierzu entbinde ich** ihn von seiner Schweigepflicht. Medicproof wird das jeweilige Gutachten und gegebenenfalls die pflegefachliche Stellungnahme nach Qualitätsprüfung an meinen Versicherer weiterleiten. **Ferner stimme ich zu**, 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 (§ 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 bin damit einverstanden, dass Medicproof zur Beurteilung der Leistungspflicht meinem Versicherer die Umstände für Verzögerungen im Begutachtungsverfahren mitteilt, auch soweit es sich um Gesundheitsdaten handelt.

5. Datenverwendung durch den Gutachter, Medicproof und meinen Versicherer

Ich willige ein, dass mein Versicherer die zur Durchführung des Versicherungsvertrags erforderlichen Daten, insbesondere Gesundheitsdaten, die im Zusammenhang mit meiner Begutachtung und der Schulung pflegender Angehöriger erhoben wurden und werden, erhebt, verarbeitet und nutzt. Dem Gutachter und Medicproof **erlaube ich**, diese Daten in dem für eine ordnungsgemäße Begutachtung und Schulung pflegender Angehöriger erforderlichen Umfang zu erheben, zu verarbeiten und zu nutzen.

6. Mitteilungen an das Pflegeheim

Bei vollstationärer Pflege **bin ich damit einverstanden**, dass mein Versicherer dem Pflegeheim auf Anfrage meinen Pflegegrad mitteilt **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 und Pflegehilfsmitteln

Ich willige ein, dass mein Versicherer die zur Durchführung der Leistungsgewährung von Hilfsmitteln und Pflegehilfsmitteln erforderlichen Daten, insbesondere die sich aus der Empfehlung zur Hilfsmittel- und Pflegehilfsmittelversorgung ergebenden Gesundheitsdaten, die im Zusammenhang mit meiner Begutachtung erhoben wurden und werden, dem Leistungserbringer von Hilfsmitteln und Pflegehilfsmitteln mitteilt **und entbinde** die für meinen Versicherer tätigen Personen auch insoweit von ihrer Schweigepflicht.

Widerspruch gegen einen Gutachter

Wenn ich begründete Einwände gegen einen bestimmten Gutachter, der von Medicproof mit meiner Untersuchung zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit beauftragt wurde, habe, kann ich verlangen, dass ein anderer Gutachter beauftragt wird. Lehne ich eine Untersuchung ganz ab, kann mein Antrag auf Pflegeleistungen jedoch regelmäßig nicht bearbeitet werden.

Es steht mir frei, die Einwilligung/Schweigepflichtentbindungserklärung nicht abzugeben oder jederzeit mit Wirkung für die Zukunft zu widerrufen. Wird die Erklärung nicht abgegeben oder widerrufen, kann dies allerdings zur Folge haben, dass die Leistungen aus der Pflegepflichtversicherung nicht oder nur eingeschränkt erbracht werden können.

Hinweise

Änderungen in den Verhältnissen, die für die Versicherungsleistungen erheblich sind, müssen dem Versicherer unverzüglich mitgeteilt werden. Dies ist 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.**

X

Ort und Datum, Unterschrift der versicherten Person, des gesetzlichen Vertreters oder einer sonstigen mit einer Vollmacht versehenen Person (bitte Vollmacht beifügen)