

## Pflegepflichtversicherung Eil-Antrag für Krankenhäuser

Landeskrankenhilfe V.V.a.G.  
PPV Leistungen  
21332 Lüneburg

Telefax (0 41 31) 7 25 13 93

Telefon (0 41 31) 7 25-0

Sehr geehrte Damen und Herren,

für Ihren Patienten soll ein Eil-Antrag auf Leistungen aus der Pflegepflichtversicherung (PPV) gestellt werden da davon auszugehen ist, dass nach der stationären Behandlung eine dauerhafte Pflegebedürftigkeit vorliegen wird. Damit der Antrag zeitnah bearbeitet werden kann, werden weitere Unterlagen benötigt. Von unsere Homepage haben Sie folgende Formulare heruntergeladen:

- Bescheinigung des Krankenhauses über den Pflegebedarf
- Antrag auf Leistungen aus der Pflegepflichtversicherung
- Datenschutzrechtliche Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärungen
- Vordruck zur Erteilung einer Vollmacht (nur bei Bedarf verwenden).

Zur weiteren Bearbeitung werden die Unterlagen vollständig ausgefüllt und unterschrieben benötigt. Bitte übersenden Sie uns diese per Fax.

Das Ergebnis der Vorab-Einstufung können Sie telefonisch bei uns erfragen, den schriftlichen Bescheid erhält unser/e Versicherte/r an seine / ihre Hausanschrift.

### **Nur bei Übergang in häusliche Pflege:**

Sollte zur Krankenhausentlassung die Bereitstellung von **Hilfsmitteln** erforderlich sein, übersenden Sie uns bitte die entsprechenden ärztlichen Verordnungen per Fax. Eine Kostenerstattung für selbst beschaffte Hilfsmittel erfolgt nicht.

### **WICHTIG:**

**Eine Bearbeitung des Antrages ist nur bei vollständiger Vorlage der Unterlagen möglich.**

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



Landeskrankenhilfe V.V.a.G.  
21332 Lüneburg

FAX: (0 41 31) 7 25 13 93

Absender/Stempel

**vom Krankenhaus auszufüllen:**  
an die LKH gefaxt am \_\_\_\_\_

## Bescheinigung des Krankenhauses

Pflegebedürftige Person/ Patient: Versicherungsnummer; Name, Geburtsdatum, PLZ, Wohnort

### 1. Der Patient/die Patientin befindet sich in

- ambulanter ärztlicher Behandlung.  
 stationärer Krankenhausbehandlung bzw. Rehabilitation.

Voraussichtliche Entlassung: \_\_\_\_\_

Ein Pflegeüberleitungsbericht ist  beigefügt  nicht beigefügt

### 2. Er/sie ist seit \_\_\_\_\_ voraussichtlich dauerhaft (mehr als 6 Monate) als pflegebedürftig im Sinne des Pflegeversicherungsgesetzes anzusehen.

- ja  nein, vorübergehend für \_\_\_\_\_ Wochen.

### 3. Die zukünftige pflegerische Versorgung und Betreuung ist vorgesehen

- im häuslichen Bereich  
 in einer Kurzzeitpflegeeinrichtung – anschließend geplante Rückkehr in den häuslichen Bereich  
 in einer Kurzzeitpflegeeinrichtung – anschließend geplante Aufnahme in vollstationäre Pflege

### 4. Zur Organisation einer bedarfsgerechten Pflege und Sicherstellung der Versorgung beansprucht der/die Angehörige Pflegezeit nach dem Pflegezeitgesetz (PflegeZG):

Name \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

### 5. Die Pflege soll erbracht werden durch:

\_\_\_\_\_  
Name / Adresse der ambulanten oder stationären Pflegeeinrichtung

## 6. Pflegebegründende Erkrankungen oder Funktionseinschränkungen:

---



---

### 6.1 Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten:

---



---

<b>Fortbewegen</b>	<input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> mit Hilfsmittel
	<input type="checkbox"/> mit personeller Hilfe	<input type="checkbox"/> nicht möglich
<b>Treppensteigen</b>	<input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> mit Sturzrisiko
	<input type="checkbox"/> mit personeller Hilfe	<input type="checkbox"/> nicht möglich
<b>Positionswechsel</b>	<input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> wenig Hilfe erforderlich
	<input type="checkbox"/> wenig eigene Mithilfe möglich	<input type="checkbox"/> komplett unselbstständig
<b>Stuhlinkontinenz</b>	<input type="checkbox"/> besteht nicht	<input type="checkbox"/> besteht <input type="checkbox"/> Anus praeter
<b>Harninkontinenz</b>	<input type="checkbox"/> besteht nicht	<input type="checkbox"/> besteht <input type="checkbox"/> Dauerkatheter
<b>Selbstständigkeit</b>	<b>leicht eingeschränkt bei(m)</b>	<b>stark eingeschränkt bei(m)</b>
	<input type="checkbox"/> Waschen	<input type="checkbox"/> Waschen
	<input type="checkbox"/> An- und Auskleiden	<input type="checkbox"/> An- und Auskleiden
	<input type="checkbox"/> Frisieren/Zahnpflege	<input type="checkbox"/> Frisieren/Zahnpflege
	<input type="checkbox"/> Blasen-/Darmentleerung	<input type="checkbox"/> Blasen-/Darmentleerung
	<input type="checkbox"/> Nahrungsaufnahme	<input type="checkbox"/> Nahrungsaufnahme
<b>Orientierung vorhanden</b>	<input type="checkbox"/> ja/größtenteils	<input type="checkbox"/> gering/nein
<b>Gedächtnisleistung vorhanden</b>	<input type="checkbox"/> ja/größtenteils	<input type="checkbox"/> gering/nein
<b>Wahrnehmung/Denken vorhanden</b>	<input type="checkbox"/> ja/größtenteils	<input type="checkbox"/> gering/nein
<b>herausforderndes Verhalten</b>	<input type="checkbox"/> nie/selten	<input type="checkbox"/> häufig/täglich
<b>Antriebslosigkeit</b>	<input type="checkbox"/> nie/selten	<input type="checkbox"/> häufig/täglich
<b>depressive/ängstliche Stimmung</b>	<input type="checkbox"/> nie/selten	<input type="checkbox"/> häufig/täglich

### 7. Vor Entlassung in die häusliche Pflege werden folgende Hilfsmittel benötigt:

<input type="checkbox"/> Pflegebett	<input type="checkbox"/> zum selbstständigen Verlassen/Wiederaufsuchen des Bettes
	<input type="checkbox"/> zur Behandlung/Linderung von Krankheitssymptomen
	<input type="checkbox"/> zur Erleichterung der Pflege im Bett:

.....  
(bitte unbedingt ausfüllen, wenn der letzte Punkt angekreuzt wurde)

<input type="checkbox"/> Toilettenstuhl, fahrbar	<input type="checkbox"/> zur selbstständigen (aktiven) Fortbewegung
<input type="checkbox"/> Rollstuhl	<input type="checkbox"/> zum Schieben durch eine Pflegeperson

Ort, Datum

Unterschrift

Krankenhausstempel

Landeskrankenhilfe V.V.a.G.  
PPV-Leistungen  
21332 Lüneburg

Versicherung Nr.: LR-\_\_\_\_\_

**Versicherungsnehmer:**

Name, Vorname:
----------------

**Daten der pflegebedürftigen Person:**

Name, Vorname, Geburtsdatum:
Straße:
Postleitzahl, Wohnort:
Telefon:

**Daten der Kontaktperson für die Terminvereinbarung zur Begutachtung (z.B. Angehörige, Bevollmächtigte):**

Name, Vorname:
Beziehung zur pflegebedürftigen Person:
Telefon:

**Beihilfeabrechnungsstelle (nur angeben, falls ein Beihilfeanspruch besteht):**

Name:
Anschrift:

Versicherung Nr.: LR- \_\_\_\_\_

## Die Pflege soll dauerhaft durchgeführt werden von:

### Private Pflegeperson:

Name, Vorname, Geburtsdatum:
Anschrift:

und/oder

### Pflegedienst:

Name:
Anschrift:

oder

### Pflegeheim:

Name:
Anschrift:

Erfolgt derzeit eine stationäre Behandlung in einem Krankenhaus/ einer Rehabilitationseinrichtung?	
<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, bis voraussichtlich:

Bestehen anderweitige Ansprüche auf Entschädigungsleistungen wegen Pflegebedürftigkeit, z. B. nach dem Bundesversorgungsgesetz, der gesetzlichen Unfallversicherung/Unfallfürsorge, bei anderen privaten oder gesetzlichen Pflegeversicherungen o. ä.?	
<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja. Bitte Nachweise in Kopie beifügen.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

X

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Versicherungsnehmers oder des Bevollmächtigten (Bitte Vollmacht beifügen)

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 pflegefachliche Stellungnahme über die Sicherstellung der erforderlichen körperbezogenen Pflegemaßnahmen, der pflegerischen Betreuungsmaßnahmen und der Hilfen bei der Haushaltsführung zu erstellen. Die pflegefachliche 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 pflegefachlichen 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 pflegfachlichen Stellungnahme und zur Durchführung der Schulung pflegender Angehöriger **ein und entbinde** die für den Versicherer 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 pflegfachlichen 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 pflegfachliche Stellungnahme an Medicproof zu übermitteln. **Hierzu entbinde ich** ihn von seiner Schweigepflicht. Medicproof wird das jeweilige Gutachten und gegebenenfalls die pflegfachliche 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)



## Vollmacht für die Pflegepflichtversicherung PPV

Bitte bei Bedarf verwenden

Versicherungsschein-Nr.: PPV \_\_\_\_\_

### Angaben zum Vollmachtgeber (pflegebedürftige Person):

\_\_\_\_\_  
Vorname, Name

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Anschrift

### Ich bevollmächtige bis auf Widerruf (Bevollmächtigte/r)

\_\_\_\_\_  
Vorname, Name

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Anschrift

\_\_\_\_\_  
Telefonnummer

mich in allen Leistungsangelegenheiten der PPV gegenüber dem Landeskrankenhilfe V.V.a.G. zu vertreten, dazu zählen

- Abgabe von Anzeigen und Erklärungen
- Empfang von Leistungsbescheiden
- Empfang von Gutachten
- Führen von Schriftwechsel

Die Vollmacht berechtigt jedoch nicht zur Entgegennahme von Geldzahlungen. Versicherungsleistungen werden auf das vom Versicherungsnehmer angegebene Konto überwiesen.

Die/der Bevollmächtigte ist nicht befugt, ihre/seine Vollmacht ganz oder teilweise auf andere Personen zu übertragen. Die Vollmacht soll auch über meinen Tod hinaus wirksam sein.

Zugleich werden Mitarbeiter/innen des Landeskrankenhilfe V.V.a.G. von ihrer Schweigepflicht befreit und ermächtigt, der/dem Bevollmächtigten umfassend Auskunft zu den Leistungsangelegenheiten der PPV zu erteilen.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der/des Vollmachtgebers  
(dient zum Abgleich der Unterschrift)

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der/des Bevollmächtigten  
(dient zum Abgleich der Unterschrift)