

KNAPPSCHAFT
Fachzentrum Pflege
45095 Essen

Ihre Kranken- und Pflegeversichertennummer:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Bei Rückfragen/
Schriftwechsel bitte
unbedingt angeben!

Name, Vorname, Geburtsdatum der/des Versicherten

Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung

- Erstantrag
- Antrag auf Höherstufung
- Antrag auf Umstellung der Pflegeleistungen ab

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Antragsdatum

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Dieses Formular wird maschinell gelesen. Bitte mit Kugelschreiber in Blockschrift sauber ausfüllen. Dann wird Ihr Antrag noch schneller bearbeitet.

Beantworten Sie die folgenden Fragen bitte unbedingt korrekt und vollständig!

Angaben zur antragstellenden Person

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Name

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Vorname

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--	--

Kranken-/Pflegeversichertennummer

Geburtsdatum

Um schnellstmöglich offene Fragen zu klären oder einen Begutachtungstermin zu vereinbaren und somit zeitnah über Ihren Antrag entscheiden zu können, benötigen wir Ihre Telefonnummer sowie die Telefonnummer einer Kontaktperson.

Telefonnummer der antragstellenden Person

Telefonnummer der Kontaktperson

E-Mail der Kontaktperson



Ich beantrage

- Pflegesachleistung** (durch einen ambulanten Pflegedienst)
- Pflegegeld** (für eine private Pflegeperson (z.B. Angehörige))
- Tages- oder Nachtpflege** (in einer teilstationären Pflegeeinrichtung)

vollstationäre Pflege ab/seit

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Pauschalleistungen für die Pflege von Menschen mit Behinderungen

Die Pflege wird durch eine private Pflegeperson (Angehörige, Freunde, Bekannte) durchgeführt

- nein
- ja, bitte angeben

Angaben zur Pflegeperson

Name		Geburtsdatum
Vorname		
Straße		Hausnummer
PLZ	Ort	
Telefonnummer		

Meine Pflegeperson hat gegenüber ihrem Arbeitgeber angekündigt, die Pflegezeit oder Familienpflegezeit in Anspruch zu nehmen.

Die Pflege wird aktuell nicht in meinem, sondern in einem anderen Haushalt (z. B. Haushalt der Pflegeperson) durchgeführt

- nein
- ja, bitte angeben

Name und Anschrift

<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>																																							
Name																																							
Vorname																																							
Straße															Hausnummer																								
PLZ					Ort																																		
Telefonnummer																																							



Sofern Sie im Besitz von ärztlichen Unterlagen sind (z. B. Befundberichte, Krankenhausentlassungsberichte) halten Sie diese bei einem Hausbesuch durch unseren Gutachter zur Einsichtnahme bereit.

Die Pflege wird von einem Pflegedienst, in einer vollstationären Pflegeeinrichtung oder einer Einrichtung der Hilfe für behinderte Menschen durchgeführt

nein ja, bitte angeben

Angaben zum Leistungserbringer

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Name

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Straße

--	--	--	--	--

Hausnummer

--	--	--	--	--

PLZ

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Ort

Die Pflege wird in einer teilstationären Tages- oder Nachtpflegeeinrichtung durchgeführt

nein ja, bitte angeben

Angaben zum Leistungserbringer

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Name

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Straße

--	--	--	--	--

Hausnummer

--	--	--	--	--

PLZ

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Ort

Ich werde zurzeit stationär in einem Hospiz betreut

nein ja

Ich erhalte Leistungen der Palliativversorgung* bzw. habe diese beantragt

nein ja

*Pflege und Versorgung sterbenskranker Menschen in ihrer letzten Lebensphase durch entsprechende Fachkräfte

Liegt ein Arbeitsunfall, eine Berufskrankheit, ein Versorgungsleiden oder ein Drittverschulden vor?

nein ja*

*Bitte fügen Sie den Bescheid des Unfallversicherungsträgers bzw. der Versorgungsbehörde bei.

Ich erhalte bereits von anderer Stelle Pflegeleistungen bzw. habe Pflegeleistungen beantragt

nein ja*

Sozialamt

nein ja*

Ausländischer Leistungsträger

nein ja*

Unfallversicherungsträger

nein ja*

Versorgungsamt

nein ja*

*Bitte fügen Sie eine Bescheinigung über die Höhe der Leistungen oder eine Kopie des Bescheides bei.



Ich habe nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Krankheit und Pflege Anspruch auf Beihilfe oder Heilfürsorge

nein ja*

*Bitte fügen Sie einen entsprechenden Nachweis Ihrer Beihilfe- bzw. Heilfürsorgestelle bei.

Bitte überweisen Sie das Pflegegeld auf folgende Bankverbindung

IBAN																							
BIC																							
Name des Geldinstitutes																							

Wenn das Pflegegeld nicht auf Ihr eigenes Konto überwiesen werden soll, geben Sie bitte den Namen und die Anschrift des abweichenden Kontoinhabers an.

Angaben zum Kontoinhaber

Name																							
Vorname																							
Straße																				Hausnummer			
PLZ						Ort																	

Angaben über eine amtlich bestellte Betreuung, eine gesetzliche Vertretung oder einen Bevollmächtigten

Ich habe einen gesetzlichen Betreuer oder Vertreter nein ja
 Ich habe einen Bevollmächtigten nein ja

*Bitte fügen Sie eine Kopie des Betreuungsausweises bzw. der Vollmacht bei.

Angaben zu Ihrem Betreuer, Vertreter oder Bevollmächtigten

Name																							
Vorname																							
Straße																							
Hausnummer																							
PLZ																							
Ort																							

Angaben zu Ihrem Hausarzt bzw. behandelnden Arzt

Name																							
Vorname																							
Straße																							
Hausnummer																							
PLZ																							
Ort																							
Telefonnummer																							



Einwilligungserklärung

Ich bin damit einverstanden, dass die vom Sozialmedizinischen Dienst zur Beurteilung meiner gesundheitlichen Verhältnisse für erforderlich gehaltenen Unterlagen (z.B. Krankengeschichte, Untersuchungsergebnisse, Röntgenaufnahmen und Befundberichte) hinzugezogen werden. Deshalb entbinde ich die Ärzte, bei denen ich in Behandlung bin oder früher in Behandlung oder zur Untersuchung war, von ihrer Schweigepflicht. Ich stimme zu, diese Unterlagen und Auskünfte, soweit sie für die Entscheidung über die Leistungsgewährung erforderlich sind, bei meinem Antrag auf Pflegeleistungen zu verwerten.

In diesem Zusammenhang bitten wir darum, eventuell vorhandene Berichte von betreuenden Diensten, Pflegetagebücher, ärztliche Unterlagen, derzeitige Medikamente sowie Gutachten und Bescheide anderer Sozialleistungsträger für den Begutachtungstermin bereitzuhalten.

Ich bin damit einverstanden, dass der Sozialmedizinische Dienst zur Prüfung der Pflegebedürftigkeit alle an meiner Versorgung Beteiligten befragen darf.

nein ja

Ich nehme zur Kenntnis, dass

- die Daten, die im Zusammenhang mit meiner Begutachtung wegen der Erbringung von Sozialleistungen bekannt geworden sind, für eigene gesetzliche soziale Aufgaben (z.B. einem anderen Gutachter) oder an andere Sozialleistungsträger (z.B. Krankenkasse, Agentur für Arbeit, Versorgungsamt, Berufsgenossenschaft) auch für deren gesetzliche Aufgaben übermittelt werden dürfen (§ 69 Abs. 1 Nr. 1 SGB X i. V. m. § 76 Abs. 2 SGB X),
- ich dem jedoch widersprechen kann,
- bei einem Widerspruch aber die Leistung ganz oder teilweise versagt oder entzogen werden kann, nachdem ich auf diese Folge schriftlich hingewiesen worden bin und eine mir gesetzte Frist verstrichen ist (§ 66 SGB I).

Meine Angaben zu diesem Leistungsantrag beruhen auf den Mitwirkungspflichten nach den §§ 60 bis 64 SGB I. Dies bedeutet, dass ich im Rahmen der Überprüfung der Voraussetzungen für einen Anspruch auf Leistungen der Pflegeversicherung im Rahmen meiner Mitwirkungspflichten mitwirken muss.

Ich verpflichte mich daher,

- alle Tatsachen anzugeben, die für die Leistung erheblich sind und auf Verlangen des zuständigen Leistungsträgers der Erteilung der erforderlichen Auskünfte durch Dritte zuzustimmen,
- Änderungen in den Verhältnissen, die für die Leistung erheblich sind oder über die im Zusammenhang mit der Leistung Erklärungen abgegeben worden sind (z.B. Änderung der Pflegeperson, Umzug in eine vollstationäre Pflegeeinrichtung, Hinzunahme eines Pflegedienstes, Änderung der Bankverbindung, Änderung des Gesundheitszustandes, Beantragung oder Bezug von Beihilfe- oder Versorgungsleistungen), unverzüglich mitzuteilen,
- Beweismittel zu bezeichnen und auf Verlangen des zuständigen Leistungsträgers zur mündlichen Erörterung des Antrages oder zur Vornahme anderer für die Entscheidung notwendiger Maßnahmen persönlich zu erscheinen.

Ich nehme zur Kenntnis, dass bei Verstoß gegen die Mitwirkungspflichten der Leistungsträger ohne weitere Ermittlungen die Leistung bis zur Nachholung der Mitwirkung ganz oder teilweise versagen oder entziehen kann, soweit die Voraussetzungen der Leistung nicht nachgewiesen sind.

Ich versichere, dass ich die Angaben in diesem Antrag wahrheitsgemäß nach bestem Wissen und Gewissen gemacht habe.

Ort und Datum

Unterschrift der/des Versicherten, Betreuers, gesetzlichen Vertreters oder Bevollmächtigten

KNAPPSCHAFT
Fachzentrum Pflege
45095 Essen

Ihre Kranken- und Pflegeversichertennummer:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Bei Rückfragen/
Schriftwechsel bitte
unbedingt angeben!

Name, Vorname, Geburtsdatum der/des Versicherten

Informationen zum Beratungsangebot der KNAPPSCHAFT

Pflegebedürftigkeit ist oft ein erheblicher Einschnitt im Leben der Betroffenen, der Familien, im sozialen Umfeld. In dieser Situation sind kompetente und schnelle Auskünfte zu Fragen über Leistungsansprüche, Hilfsangebote und Unterstützungsmaßnahmen sehr wichtig. Hier bietet die KNAPPSCHAFT gerne Hilfe an.

Die Soziale Pflegeversicherung sieht vor, dass Antragstellern unmittelbar nach Eingang eines Antrags auf Pflegeleistungen ein konkreter Beratungstermin unter Angabe einer Kontaktperson anzubieten und die Beratung spätestens innerhalb von zwei Wochen durchzuführen ist. Auf Wunsch wird diese Beratung in der häuslichen Umgebung und selbstverständlich gerne auch nach Ablauf der 2-Wochen-Frist durchgeführt.

Die Beratung kann unter Einbeziehung von Angehörigen und Lebenspartnern oder gegenüber ihnen erfolgen, sofern die anspruchsberechtigte Person dies wünscht. Sie umfasst sämtliche, mit der Pflegebedürftigkeit zusammenhängenden Fragen sowie die spezielle Pflegeberatung durch besonders qualifizierte Pflegeberater/innen auf der Grundlage des sozialmedizinischen Pflegegutachtens. Weitere Informationen zur Pflegeversicherung erhalten Sie unter www.knappschaft.de in der Rubrik Pflegeversicherung.

Wenn Sie dieses kostenlose Angebot nutzen möchten, senden Sie dieses Informationsschreiben sowie die beigefügte Datenschutz- und Einwilligungserklärung **unterschrieben** an uns zurück.

- Nein, ich bin bereits umfassend informiert und beraten worden.**
- Ja, ich möchte eine Beratung nach § 7a SGB XI in Anspruch nehmen.**



Ort und Datum

Unterschrift der Versicherten

Um Kontakt mit Ihnen aufnehmen zu können, teilen Sie uns bitte einen Namen und eine Telefonnummer *) mit unter der Sie oder eine andere Person erreichbar sind.

Name, Vorname _____

Telefonnummer _____

*) freiwillige Angabe

YRMCO46002 15711.01

KNAPPSCHAFT
Fachzentrum Pflege
45095 Essen

Ihre Kranken- und Pflegeversichertennummer:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Bei Rückfragen/
Schriftwechsel bitte
unbedingt angeben!

Name, Vorname, Geburtsdatum der/des Versicherten

Datenschutzerklärung

Information für den Leistungsberechtigten i. S. d. Gesetze der Sozialversicherung

Als Leistungsberechtigter i. S. d. Gesetze der Sozialversicherung haben Sie nach dem Elften Buch Sozialgesetzbuch - Soziale Pflegeversicherung - (SGB XI) einen Anspruch auf eine Pflegeberatung.

Aufgabe der Pflegeberatung im Sinne des § 7a SGB XI ist es insbesondere,

1. den Hilfebedarf unter Berücksichtigung der Ergebnisse der Begutachtung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung bzw. den Sozialmedizinischen Dienst sowie die Ergebnisse der Beratung in der eigenen Häuslichkeit systematisch zu erfassen und zu analysieren,
2. einen individuellen Versorgungsplan mit den im Einzelfall erforderlichen Sozialleistungen und gesundheitsfördernden, präventiven, kurativen, rehabilitativen oder sonstigen medizinischen sowie pflegerischen und sozialen Hilfen zu erstellen,
3. auf die für die Durchführung des Versorgungsplans erforderlichen Maßnahmen einschließlich deren Genehmigung durch den jeweiligen Leistungsträger hinzuwirken,
4. die Durchführung des Versorgungsplans zu überwachen und erforderlichenfalls einer veränderten Bedarfslage anzupassen,
5. bei besonders komplexen Fallgestaltungen den Hilfeprozess auszuwerten und zu dokumentieren sowie
6. über Leistungen zur Entlastung der Pflegepersonen zu informieren.

Damit wir unsere Aufgaben sachgemäß und rechtmäßig erfüllen können, ist Ihre Mitwirkung nach § 60 Erstes Buch Sozialgesetzbuch - Allgemeiner Teil - (SGB I) erforderlich. Insbesondere ist es wichtig, dass Sie uns alle für die Zwecke der Pflegeberatung relevanten Informationen zu Ihrer Person und zu Ihren persönlichen und sächlichen Lebensverhältnissen, die für die Leistung erheblich sind, mitteilen. Zu den zu verarbeitenden Daten gehören auch besondere Arten personenbezogener Daten, insbesondere Daten über Ihre Gesundheit. Wichtig ist auch, dass Sie darin einwilligen, dass zur Zweckerreichung notwendige Daten, über die Sie nicht selbst verfügen, ggf. bei an Ihrer Pflege, Versorgung und Betreuung beteiligten Dritten, wie z. B. den behandelnden Ärzten, sonstigen Leistungserbringern, Krankenhäusern, Pflegediensten, Pflegeheimen und auch anderen Sozialleistungsträgern, erhoben werden.

Ihr Pflegeberater bzw. Ihre Pflegeberaterin nimmt im Rahmen der Pflegeberatung eine aktive Rolle ein und unterstützt Sie, damit Ihre pflegerische Versorgung reibungslos funktioniert. Hierzu kann es im Einzelfall notwendig sein, die von uns erhobenen Daten Dritten mitzuteilen. Dies kann



YRMC046007 15202

beispielsweise im Rahmen der Unterstützung bei der Beantragung von weiteren Sozialleistungen, für deren Gewährung ein anderer Leistungsträger zuständig ist, oder bei Absprachen mit Leistungserbringern, z. B. behandelnden Ärzten, Krankenhäusern, ambulanten Pflegediensten oder stationären Pflegeeinrichtung, die Ihrer optimalen Versorgung dienen, der Fall sein. Bei der Übermittlung der Daten wird die Pflegeberaterin bzw. der Pflegeberater strikt darauf achten, nur die tatsächlich für den konkreten Zweck erforderlichen Daten zu übermitteln.

Erklärung des Leistungsberechtigten zum Antrag auf Pflegeberatung und Einverständniserklärung zur Datenverarbeitung

Mit meiner nachstehenden Unterschrift bestätige ich, dass ich über Inhalte und Zielsetzungen der Pflegeberatung durch die Pflegeberaterin bzw. den Pflegeberater umfassend informiert und beraten worden bin.

Ich bin damit einverstanden, dass die für die Pflegeberatung erforderlichen Informationen zu meiner Person, zu meinen persönlichen Lebensverhältnissen und dem daraus folgenden Pflegebedarf von meinem Pflegeberater bzw. meiner Pflegeberaterin bei mir oder bei an meiner Pflege, Versorgung und Betreuung beteiligten Dritten oder anderen Sozialleistungsträgern erfasst werden und ggf. den für die Leistungsgewährung zuständigen Leistungsträgern oder den an meiner pflegerischen Betreuung beteiligten Leistungserbringern im erforderlichen Umfang und zweckgebunden zur Verfügung gestellt (übermittelt) werden. Die Datenverarbeitung dient ausschließlich dazu, die weitere Pflege zu organisieren und die notwendigen Leistungen zu koordinieren.

Mir ist bewusst, dass es sich bei den hier relevanten Daten auch um besondere Arten personenbezogener Daten, insbesondere Daten über meine Gesundheit, handelt. Mit der Erhebung, Verarbeitung und Nutzung dieser Daten bin ich ausdrücklich einverstanden. Von den zu Beginn der Pflegeberatung erfassten Daten erhalte ich auf Wunsch eine Abschrift.

Zugleich entbinde ich die mich behandelnden bzw. betreuenden Ärzte, Krankenhäuser, Pflegedienste, Pflegeheime, anderen Sozialleistungsträger sowie die Kranken- und Pflegekassen von ihrer ihnen obliegenden Schweigepflicht und bin damit einverstanden, dass sie die für die Pflegeberatung notwendigen Auskünfte erteilen.

Diese Einwilligung beruht auf meiner freien Willensentscheidung. Eine fehlende Einwilligung kann dazu führen, dass keine umfassende Beratung erfolgen kann.

Mir ist bekannt, dass ich – auch ohne Angabe von Gründen – diese Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen und damit die Inanspruchnahme der Pflegeberatung beenden kann. Eine – telefonische oder schriftliche – Erklärung an die Pflegeberaterin bzw. den Pflegeberater oder die unten genannte Stelle ist dazu ausreichend.

Mit dem Widerruf und der Beendigung der Pflegeberatung endet auch die Befugnis, meine personenbezogenen Daten zu verarbeiten, es sei denn, die Datenverarbeitung ist noch für die Abrechnung bereits erbrachter Leistungen erforderlich oder aufgrund einer Rechtsvorschrift verpflichtend.

Durch den Widerruf der Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung meiner Daten nicht berührt.

_____,
Ort

Datum

Unterschrift des/der Anspruchsberechtigten

Unterschrift des/der gesetzlichen Vertreters/Vertreterin

Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See, Dezernat VIII.2.2
Koordination und fachliche Steuerung des dezentralen Versorgungsmanagements
Wasserstr. 217, 44799 Bochum
Telefon: 0234/304-0, Telefax: 304-87204, E-Mail: gesundheitsdienstleitungen@kbs.de



Merkblatt

- Preisvergleichslisten -

Die Preisvergleichsliste eröffnet Ihnen die Möglichkeit, verschiedene Pflegedienste in Ihrer Umgebung nach Ihren Preisen untereinander zu vergleichen und kann Ihnen somit bei der Wahl eines ambulanten Pflegedienstes helfen.

Die Pflegekassen übernehmen Pflegeeinsätze durch einen Pflegedienst bis zu den - von dem jeweiligen Pflegegrad abhängigen - monatlichen Höchstbeträgen. Erbringt der Pflegedienst Leistungen, die diese Beträge übersteigen, kann dieser den übersteigenden Betrag direkt mit Ihnen abrechnen.

Über die mit Ihnen vereinbarten Leistungen schließt der Pflegedienst mit Ihnen einen Pflegevertrag ab. In diesem Pflegevertrag werden die entstehenden Kosten und die zu erwartenden Eigenbelastungen vor Beginn der Pflege Tätigkeit aufgeführt.

Je günstiger der Preis der Leistung ist, umso mehr Leistungen können zu Lasten der Pflegeversicherung abgerufen werden oder es besteht die Möglichkeit, neben der Pflegesachleistung auch noch anteiliges Pflegegeld zu erhalten (Kombinationsleistung).

Sie sehen also, wie wichtig ein Preisvergleich auch im Bereich der häuslichen Pflegehilfe ist. Die Wahl eines günstigen Pflegedienstes schont auch **Ihre Geldbörse**.

Wollen auch Sie bares Geld sparen, indem Sie die Preise ambulanter Pflegedienste miteinander vergleichen und sich für einen günstigen Pflegedienst in Ihrer Umgebung entscheiden?

Die Preisvergleichslisten können Sie bei dem für Sie zuständigen Fachzentrum Pflege anfordern. Bitte geben Sie hierbei den Ort, bzw. die Postleitzahlen der Bereiche an, die für Sie in Frage kommen.



Sozialmedizinischer Dienst: Informationen zur Pflegebegutachtung

Der Sozialmedizinische Dienst (SMD) unterstützt die KNAPPSCHAFT in allen medizinischen und pflegerischen Fragestellungen.

Um über Ihren Antrag auf Leistungen aus der Pflegeversicherung entscheiden zu können, muss Ihr persönlicher Hilfebedarf festgestellt werden. Daher wird die Pflegekasse den SMD beauftragen, ein Pflegegutachten zu erstellen.

Zu diesem Zweck wird sich der SMD **schriftlich oder telefonisch** mit Ihnen in Verbindung setzen, um möglichst kurzfristig einen Begutachtungstermin zu vereinbaren.

Die Pflegebegutachtungen erfolgen durch Pflegefachkräfte sowie durch Ärztinnen und Ärzte des SMD, die sich durch einen Dienstausweis ausweisen.

Die Begutachtung findet in der Regel in Ihrem Wohnumfeld statt, um einen Eindruck von Ihrer individuellen Lebens- und Pflegesituation zu bekommen.

Was ist bei der Begutachtung von Patienten mit Demenzerkrankung zu beachten?

Die Gutachterin oder der Gutachter spricht in der Regel zunächst die pflegebedürftige Person an. Auch wenn ihre Angaben auf Grund der dementiellen Erkrankung nicht zuverlässig sind, kann hierbei ein Rückschluss auf die kognitiven Fähigkeiten der Person gezogen werden. Diese Angaben werden allerdings nicht ungeprüft übernommen, sondern mit der pflegenden Person besprochen, bevor sie in das Gutachten einfließen.

Was geschieht nach der Begutachtung?

Ein Pflegegutachten wird erstellt. Auf dessen Grundlage entscheidet die Pflegekasse über Ihren Antrag. Hierüber erhalten Sie einen Bescheid. Grundsätzlich wird Ihnen das Pflegegutachten übersandt.

Tipps für den Hausbesuch:

- Schildern Sie der Gutachterin oder dem Gutachter möglichst genau Ihre gesundheitlichen Einschränkungen.
- **Halten Sie aktuelle Befund- und Entlassungsberichte bereit.**
- Für den Fall, dass bereits ein Pflegedienst zu Ihnen kommt, legen Sie der Gutachterin oder dem Gutachter die **Pflegedokumentation** vor. Wenn Sie häusliche Krankenpflege erhalten, sollten die entsprechenden Leistungsnachweise, insbesondere vorliegende Wunddokumentationen, zur Einsichtnahme ebenfalls bereit gehalten werden.
- Wenn Sie regelmäßig Medikamente einnehmen, halten Sie auch diese bereit.
- Bitten Sie die Person/en, die bei Ihnen Pflege durchführt/en, bei der Begutachtung dabei zu sein.

Kontakt:

Kundenzufriedenheit genießt in unserem Hause einen hohen Stellenwert. Sollte es dennoch im Rahmen der Pflegebegutachtung einmal Grund zur Beschwerde geben, wenden Sie sich bitte an den für Sie zuständigen SMD oder an den Leiter des Dezernates V.3, Sozialmedizinischer Dienst, Herrn Dr. Volker Strehle, Wasserstr. 215, 44799 Bochum, smd@kbs.de.

Der Sozialmedizinische Dienst der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See schützt personenbezogene Daten und hält sich an die gesetzlichen Bestimmungen zum Datenschutz. Weitere Informationen finden Sie unter: www.kbs.de/smd-datenschutz

Weitere Informationen zu unserem Haus erhalten Sie unter: www.knappschaft.de



