

# Antrag auf ambulante Pflegeleistungen

 Versicherungsnummer 

Dieser Antrag ist ausschließlich für das digitale Hochladen auf der uniVersa-Website zu verwenden. Nur mit diesem Verfahren werden auch die für eine weitere Bearbeitung unbedingt notwendigen Zustimmungen und Erklärungen gegeben.

## 1 Angaben zum Pflegebedürftigen

Herr  Frau  Divers      Geburtsdatum       Telefon   
  
 Name  Vorname   
  
 Straße  Hausnummer   
  
 Postleitzahl  Ort

### Bei Anspruch auf Beihilfe oder Leistungen der Heilfürsorge

Beihilfestelle bzw. Dienstherr  Telefon/Fax (inkl. Vorwahl)   
  
 Straße  Hausnummer   
  
 Postleitzahl  Ort

**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?**

ja  nein

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:

### Kontoinhaber

Name  Vorname   
  
**Geldinstitut**

**IBAN**

D  E

Versicherungsnummer

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

|                      |
|----------------------|
| <input type="text"/> |
| <input type="text"/> |

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

1. 

|                      |                             |
|----------------------|-----------------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/>        |
| Name                 | Telefon/Fax (inkl. Vorwahl) |
| <input type="text"/> | <input type="text"/>        |
| Straße               | Hausnummer                  |
| <input type="text"/> | <input type="text"/>        |
| Postleitzahl         | Ort                         |

2. 

|                      |                             |
|----------------------|-----------------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/>        |
| Name                 | Telefon/Fax (inkl. Vorwahl) |
| <input type="text"/> | <input type="text"/>        |
| Straße               | Hausnummer                  |
| <input type="text"/> | <input type="text"/>        |
| Postleitzahl         | Ort                         |

3. 

|                      |                             |
|----------------------|-----------------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/>        |
| Name                 | Telefon/Fax (inkl. Vorwahl) |
| <input type="text"/> | <input type="text"/>        |
| Straße               | Hausnummer                  |
| <input type="text"/> | <input type="text"/>        |
| Postleitzahl         | Ort                         |

4. 

|                      |                             |
|----------------------|-----------------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/>        |
| Name                 | Telefon/Fax (inkl. Vorwahl) |
| <input type="text"/> | <input type="text"/>        |
| Straße               | Hausnummer                  |
| <input type="text"/> | <input type="text"/>        |
| Postleitzahl         | Ort                         |

**4 Sonstiger Wunsch (bitte vergleichen Sie das Informationsblatt zu den Leistungen):**

|                      |
|----------------------|
| <input type="text"/> |
| <input type="text"/> |

# Fragebogen zur Vorbereitung auf die Begutachtung

Zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit wird Sie eine Gutachterin oder 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.

\*) Im Sinne einer sprachlichen Vereinfachung und für einen besseren Lesefluss wird im folgenden Text weitestgehend die maskuline Form verwendet.

## 1 Angaben zur pflegebedürftigen Person

Herr  Frau  Divers

Geburtsdatum

Name

Vorname

Versicherungsnummer

## 2 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)? Wenn ja, welche und wie häufig? 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.

**Bitte beachten Sie:** Erstattungsfähige **Pflegehilfsmittel werden von unseren Vertragspartnern zur Verfügung gestellt.** Wir empfehlen Ihnen, sich hierzu mit uns in Verbindung zu setzen.

Versicherungsnummer

**3 Wie schätzen Sie die Beeinträchtigungen Ihrer Selbständigkeit oder Fähigkeiten ein?**

Pflegebedürftigkeit im Sinne des Gesetzes (SGB XI) orientiert sich daran, wie stark die Selbständigkeit 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 Selbständigkeit und Ihre Fähigkeiten einschätzen.

|                         |   |  |  |
|-------------------------|---|--|--|
| <b>Fortbewegen</b>      | <input type="checkbox"/> selbständig (ggf. mit Hilfsmittel) | <input type="checkbox"/> mit personeller Hilfe             | <input type="checkbox"/> nicht möglich |
| <b>Treppensteigen</b>   | <input type="checkbox"/> selbständig                        | <input type="checkbox"/> mit personeller Hilfe             | <input type="checkbox"/> nicht möglich |
| <b>Bettlägerigkeit</b>  | <input type="checkbox"/> nein                               | <input type="checkbox"/> manchmal                          | <input type="checkbox"/> ständig       |
| <b>Lagerungsbedarf</b>  | <input type="checkbox"/> nein                               | <input type="checkbox"/> ja                                |  |
| <b>Harninkontinenz</b>  | <input type="checkbox"/> nein                               | <input type="checkbox"/> manchmal                          | <input type="checkbox"/> ständig       |
|                         |   | Versorgung mit: <input style="width: 150px;" type="text"/> |  |
| <b>Stuhlinkontinenz</b> | <input type="checkbox"/> nein                               | <input type="checkbox"/> manchmal                          | <input type="checkbox"/> ständig       |
|                         |   | Versorgung mit: <input style="width: 150px;" type="text"/> |  |

|                                  | Selbständig<br>(ohne fremde Hilfe) | Teilweise selbständig<br>(Unterstützung durch andere wird benötigt) | Unselbständig<br>(keine eigene Beteiligung möglich) |
|----------------------------------|------------------------------------|---|---|
| <b>Pflege des Oberkörpers</b>    | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>                            |
| <b>Waschen des Intimbereichs</b> | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>                            |
| <b>Duschen und Baden</b>         | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>                            |
| <b>An- und Auskleiden</b>        | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>                            |
| <b>Nahrungsaufnahme</b>          | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>                            |
| <b>Flüssigkeitsaufnahme</b>      | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>                            |
| <b>Toilettengang</b>             | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>                            |

|                                | Fähigkeit vorhanden      | Fähigkeit leicht bis mittelgradig<br>eingeschränkt | Fähigkeit nicht vorhanden |
|--------------------------------|--------------------------|--|---------------------------|
| <b>Orientierung</b>            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                           | <input type="checkbox"/>  |
| <b>Gedächtnis/Erinnerung</b>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                           | <input type="checkbox"/>  |
| <b>Begreifen/Denken</b>        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                           | <input type="checkbox"/>  |
| <b>Teilnahme an Gesprächen</b> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                           | <input type="checkbox"/>  |

|  | nie                      | häufig, aber nicht täglich<br>(Eingreifen durch andere erforderlich) | täglich<br>(Eingreifen durch andere erforderlich) |
|--|--------------------------|--|---|
| <b>Verhaltensauffälligkeiten</b>                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>                          |
| <b>Antriebslosigkeit bei<br/>depressiver Stimmungslage</b> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>                          |
| <b>Ausgeprägte Ängste/Panik</b>                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>                          |
| <b>Wahn/Halluzinationen</b>                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>                          |

|   | Selbständig<br>(ohne fremde Hilfe) | teilweise selbständig (Unterstützung<br>durch andere wird benötigt) | Unselbständig<br>(keine eigene Beteiligung möglich) |
|---|------------------------------------|---|---|
| <b>Tagesgestaltung / Aufbau oder<br/>Erhalt von Sozialkontakten /<br/>Beschäftigung</b> | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>                            |

Versicherungsnummer

**Wann traten erstmalig Beeinträchtigungen auf?**

**Erfolgen auch während der Nacht Hilfeleistungen?**  ja  nein  
(z. B. Lagern, Toilettengänge, Wechsel der Inkontinenzartikel, Beruhigen, Medikamentengabe, Sauerstoffgabe)

**Wenn ja, warum und wie oft?**

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

**4 Medizinische Versorgung oder Therapiemaßnahmen**

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

| Name des Arztes/Therapeuten | Maßnahme | durchschnittliche Häufigkeit |           |
|-----------------------------|----------|------------------------------|-----------|
|                             |          | pro Woche                    | pro Monat |
|                             |          |                              |           |
|                             |          |                              |           |
|                             |          |                              |           |
|                             |          |                              |           |

**Bitte legen Sie einen Medikamentenplan bereit.**  
Ansonsten notieren Sie bitte, welche Medikamente angeordnet sind (z. B. Tabletten, Tropfen, Spray, Zäpfchen, Salben, Pflaster).

|   |   |
|---|---|
| 1 | 2 |
| 3 | 4 |
| 5 | 6 |
| 7 | 8 |

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

Versicherungsnummer

**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 | Adresse | Pflegetage pro Woche | Pflegestunden pro Woche |
|-------------------|---------|----------------------|-------------------------|
|                   |         |                      |                         |

| Private Pflegeperson/<br>Angehörige | Adresse | Pflegetage pro Woche | Pflegestunden pro Woche |
|-------------------------------------|---------|----------------------|-------------------------|
|                                     |         |                      |                         |
| Geb.-Dat.:                          |         |                      |                         |

| Private Pflegeperson/<br>Angehörige | Adresse | Pflegetage pro Woche | Pflegestunden pro Woche |
|-------------------------------------|---------|----------------------|-------------------------|
|                                     |         |                      |                         |
| Geb.-Dat.:                          |         |                      |                         |

| Private Pflegeperson/<br>Angehörige | Adresse | Pflegetage pro Woche | Pflegestunden pro Woche |
|-------------------------------------|---------|----------------------|-------------------------|
|                                     |         |                      |                         |
| Geb.-Dat.:                          |         |                      |                         |

| Private Pflegeperson/<br>Angehörige | Adresse | Pflegetage pro Woche | Pflegestunden pro Woche |
|-------------------------------------|---------|----------------------|-------------------------|
|                                     |         |                      |                         |
| Geb.-Dat.:                          |         |                      |                         |

**Bitte geben Sie an, wer den Bogen ausgefüllt hat:**

|      |  |         |
|------|--|---------|
|      |  |         |
| Name |  | Vorname |

# Beschreibung der Wohnumgebung



## Fragebogen zur Vorbereitung auf die Begutachtung

### 1 Allgemeine Angaben

|                    |                     |
|--------------------|---------------------|
| Name               | Vorname             |
| Geburtsdatum       | Versicherungsnummer |
| Straße, Hausnummer | PLZ, Ort            |

### 2 In welcher Art Gebäude wohnen Sie?

**Einfamilienhaus** Wie viele Etagen hat das Haus?

**Zweifamilienhaus** In welcher Etage wohnen Sie?

**Mehrparteienhaus** In welcher Etage wohnen Sie?

Gibt es einen Aufzug?  ja  nein

### 3 Befinden sich zwischen der Straße und dem Gebäudeeingang Stufen?

nein  ja Anzahl

### 4 Befinden sich zwischen dem Gebäudeeingang und Ihrem Wohnbereich Stufen?

nein  ja Anzahl

### 5 Gibt es Handläufe (Geländer) zum Festhalten?

nein  ja  rechte Seite  linke Seite

### 6 Ihr Wohnbereich verfügt über:

Wohnzimmer  Küche  Schlafzimmer  Keller

Weitere Zimmer

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

nein  ja Anzahl

### 8 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

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

nein  ja

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

nein  ja

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

nein

ja Ort

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

nein  ja

Versicherungsnummer \_\_\_\_\_

### Einwilligung in die Datenverarbeitung 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 Abs. 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 gem. § 1 Abs. 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.

Versicherungsnummer 

### 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 Abs. 1 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 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 Pflege training 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 Pflege trainings 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.

Versicherungsnummer **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.

**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 Pflegetätigkeit 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  
Musterbedingungen in der aktuell gültigen Fassung gemäß dem zuletzt ausgestellten Versicherungsschein bzw. Nachtrag zum Versicherungsschein.