Bitte die Unterlagen lose, nicht geklammert oder geheftet einsenden

Absender

GPV Gemeinschaft privater Versicherungsunternehmen

zur Durchführung der privaten Pflegepflichtversicherung nach dem PflegeVG vom 26.5.1994 für die Mitglieder der Postbeamtenkrankenkasse (PBeaKK) und der Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten (KVB)

Ihr Ansprechpartner für Ihre Pflegeversicherung:

Versicherungsnummer



																												,
Gemeinschaft privater Versicherungsunternehmen Postfach 1303																												
15203 Frankfurt																												
Antrag auf Pflege (Bitte in Druckbuchs reichen Sie Ihr Anlieg	tabe	en a	aus	fülle													Te	lefo	n: (022	21 8	845	98	958	od	er —	_	
Angaben zur pflege	bed	lür	ftig	gen	Per	sor	1																					
Name																												
Vorname																												
Straße																												
Hausnummer																												
Postleitzahl																												
Ort											_																	
Land																												_
Geburtsdatum										'	'	•	'	_		•	'	•					•	•	-		 •	_
Telefon									_																			
Eine Begutachtung ist möglich ab													ļ	-					ļ		1		ı				 	_
Angaben zur Konta	ktpe	ers	on	für	die	Ter	mi	nve	rei	nba	aru	ng	zui	r Be	gut	tacl	htu	ng	(so	fe	rn	abı	we	iche	end	 I)	-	
Name																												
Vorname																												
Straße																												
Hausnummer																												_

Versicherungsnummer

	Gemeinschaft privater Versicherungsunternehme
ы	Versicherungsunternehme

zur Durchführung der privaten Pflegepflichtversicherung nach dem PflegeVG vom 26.5.1994 für die Mitglieder der Postbeamtenkrankenkasse (PBeaKK) und der Krankenversorgung der Rundeshahnbeamten (KVR)

							Bundesbahn Ihr Anspre	beamten (KVB) chpartner für eversicherung:	dei Main	HMM Best in eHealth
Postleitzahl										
Ort										
Land										
Telefon										
Erstantrag Antrag auf Leis				ge ab						
Kostenerstattu Pflegegeld (Pfle Kombinierte Le Vollstationäre F Vollstationäre F Tages- oder Na Sofern ich zukünftig aussch Monat auf das bekannte Ko	ege wird seistung (de Pflege Pflege in le chtpflege in le chtpflege into ausgeza	selbst sid urch Pflo Einrichtu e (in eine gegeld erha	chergesto egeperso ungen de er teilstat	ellt, zur on und er Hilfe ionäre	m Beisp Pfleged für behi n Pflege	iel mittels ienst) nderte Me einrichtur	Familiena nschen	ngehöriger o	rganisie	
Die Pflege wird durc	_	von Ehe	egatten /	Angel	hörigen	/ Bekannt	ten			
Pflegeperson 1										
Name										
Vorname										
Straße										
Hausnummer										
Postleitzahl							, ,			
Ort					_					
Land										

Versicherungsnummer

GPV Gemeinschaft privater Versicherungsunternehmen

zur Durchführung der privaten Pflegepflichtversicherung nach dem PflegeVG vom 26.5.1994 für die Mitglieder der Postbeamtenkrankenkasse (PBeaKK) und der Krankenversorgung der Bundeshahnbeamten (KVR)

			Ihr Ansprechpartner für Ihre Pflegeversicherung:	HMM Best in eHealth
Geburtsdatum				
Telefon				
Pflegeperson 2		1 1 1 1 1 1 1		
Name				
Vorname				
Straße				
Hausnummer				
Postleitzahl				
Ort				
Land				
Geburtsdatum				
Telefon				
Die Pflege wird dur	chgeführt von einem Pflegedie	nst / Pflegeheim / Be	hinderteneinrichtung	
seit / geplant ab				
Name				
Straße				
Straße Hausnummer				
Hausnummer				
Hausnummer Postleitzahl				
Hausnummer Postleitzahl Ort				
Hausnummer Postleitzahl Ort Land Telefon	chgeführt in einer teilstationär	en Pflegeeinrichtun	g	

Datum

DI	V	Gemeinschaft privater Versicherungsunternehmer
	V	Versicherungsunternehmer

Versicherungsnumm	er															d te E	em P	flege nkenk sbah nspre	VG vassenbea echp	om 2 (PE mten parti	26.5 Beak (KV ner	.1994 (K) B) für	l für (die M	litglied	der de enver	r Pos sorgu	
Name	l		l	l	l	ĺ	l			l	1	1	l	l		"						iiig.				■ Bes	it in e	Health
Name	L		<u> </u>	<u> </u>		<u> </u>	<u> </u>							<u> </u>			<u></u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>								Ш
Straße																												
Hausnummer																												
Postleitzahl																												
Ort																												
Land																												
Telefon																												
Arbeitsunfall / Be Versorgungsleid Sonstigen Schad Ich erhalte Pflegeleis Bitte eine Bescheinigung übe nach dem Bunde aus der gesetzlic privatrechtlichei der sozialen Pfle	en / len tun r die esve cher	fskra Kri (zur gen Höhe erso n Un	ank egs m B ode e der rgu	hei sch eisp er h Leis ngs	t nade nabe tung sges	en / Un e di gen o	We fall ese der	, Be be eine	ha ant	ndl rag	ung t	gsfe	hle			urts	ssch	nad	en)								
Leistungsträger																												
Straße																												
Hausnummer																												
Postleitzahl																												
Ort																												
Land																												
Seit wann besteht e Pflegeversicherung)		unı	unt	erb	roc	hei	ne F	Pfle	ge	ver	sic	her	ung	g (ir	de	er s	ozi	ale	n c	de	rp	oriv	ato	en				

Versicherungsnumme	er								(dem	ourchtu Pflege\ ankenk	/G vor	n 26.	5.199	94 für	die N	/litglied	der de	er Po	stbear	n-
									E I	Bunde hr A	esbahr nspre Pflege	beamt chpa	en (K rtne	VB) r für						1 eHealt	
Versicherunternehme	n																				

Datenschutzrechtliche Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärungen (Stand 07.11.2023)

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 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 K\u00f6rperpflege.

ZZur 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, zur Anfertigung der pflegefachlichen Stellungnahme und für das Pflegetrai-ning 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,

Bereitsvorhandene Pflegegutachten können übermittelt werden, soweit dies für die Durchführung der vorstehend genanntenAufträge erforderlich ist. In Einzelfällen können auch ärztliche Entlassungs- oder Behandlungs- und Befundberichteübermittelt werden, wenn dies erforderlich ist, um das Krankheitsbild genau zu beschreiben. Gleichzeitig benennt meinVersicherer Hilfsmittel und wohnumfeldverbessernde Maßnahmen, die vorhanden oder bereits beantragt sind. Medicproof gibt die für die Begutachtung oder das Pflegetraining erforderlichen Daten an den beauftragten Gutachterbzw. 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.

Gemeinschaft privater
Versicherungsunternehmen

Versicherungsnummer											



zur Durchführung der privaten Pflegepflichtversicherung nach dem PflegeVG vom 26.5.1994 für die Mitglieder der Postbeamtenkrankenkasse (PBeaKK) und der Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten (KVB)

Ihr Ansprechpartner für Ihre Pflegeversicherung:



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.

3. Übermittlung des Gutachtens zur Pflegebedürftigkeit / des gesonderten Gutachtens zu Hilfsmitteln und wohnumfeldverbessernden Maßnahmen / 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 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 woh-numfeldverbessernden Maßnahmen sowie die pflegefachliche Stellungnahme an MEDICPROOF übermittelt. Hierzu entbinde ich ihn von seiner Schweigepflicht. MEDICPROOF wird das jeweilige Gutachten zur Pflegebedürftigkeit, das gesonderte Gutachten zu Hilfsmitteln und Wohnumfeld verbessernden Maßnahmen sowie die pflegefachliche Stellungnahme 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, der pflegefachlichen Stellungnahme, dem Pflegetraining 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 pflegefachliche Stellungnahme, eine gesonderte Begutachtung von Hilfsmitteln und wohnumfeldverbessernden Maßnahmen sowie für die Durchführung des Pflegetrainings 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

	Versicherungsunternehmer
Versicherungsnummer	zur Durchführung der privaten Pflegepflichtversicherung nach dem PflegeVG vom 26.5.1994 für die Mitglieder der Postbeam tenkrankenkasse (PBeaKK) und der Krankenversorgung de Bundesbahnbeamten (KVB) Ihr Ansprechpartner für Ihre Pflegeversicherung: HMM Best in eHealth
Ich willige ein, dass mein Versicherer die zur Durchführung der Le insbesondere die sich aus der Empfehlung zur Hilfsmittelversorgung o meiner Begutachtung erhoben wurden und werden, dem Leistungse meinen Versicherer tätigen Personen von ihrer Schweigepflicht.	ergebenden Gesundheitsdaten, die im Zusammenhang mit
8. Mitteilungen an die zuständige Stelle im Krankenha	us
Ich willige ein, dass mein Versicherer den während meines Krankenh ordneten Pflegegrad dem Sozialdienst bzw. einer vergleichbaren Sto Entlassmanagements, z.B. zur Organisation der Überleitung in eine die für meinen Versicherer tätigen Personen auch insoweit von ihrer Sc	elle im Krankenhaus zur Durchführung des Krankenhaus- Einrichtung der Kurzzeitpflege, übermittelt und entbinde
Widerspruch gegen einen Gutachter Wenn Sie begründete Einwände gegen einen bestimmten Gutachter, lung der Pflegebedürftigkeit, zur Erstellung der pflegefachlichen Ste der Versorgung mit beantragten Hilfsmitteln sowie wohnumfeldverb Sie verlangen, dass ein anderer Gutachter beauftragt wird. Lehnen SPflegeleis-tungen regelmäßig nicht bearbeitet werden. Übersenden Sie uns bitte alle Seiten des Antrages inklusive aller und Schweigepflichtentbindungserklärung.	ellungnahme oder zur Feststellung der Notwendigkeit essernden Maßnahmen beauftragt wurde, haben, können Sie eine Begutachtung ganz ab, kann Ihr Antrag auf
Hinweise	
Änderungen in den Verhältnissen, die für die Versicherungsleistung mitgeteilt werden. Dies sind beispielsweise eine Änderung des Hilfel	

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 er-bracht werden können.

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.

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

Nähere Informationen zur Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten können Sie in unseren Datenschutzhinweisen unter https://www.gpv-pflege.de/datenschutz entnehmen.

Ort, Datum	Unterschrift versicherte Person bzw. bevollmächtigte Person

Gemeinschaft privater