

		Versichertennummer
Antrag auf vollstationäre Pflegeleistungen		
Persönliche Angaben		
Name, Vorname des/der Versicherten		Geburtsdatum/Versichertennummer
Anschrift		
Ich beantrage vollstationäre Pflegeleistungen ☐ in einem Pflegeheim ☐ in einer Einrichtung der Behindertenhilfe		
Datum der Heimaufnahme:		
Name des Heimes		Anschrift
Aus welchen Gründen ist die Pflege in der häuslichen Umgebung nicht oder nicht mehr möglich?		
☐ Fehlen einer Pflegeperson		
☐ Die häusliche Pflege ist aufgrund der räumlichen Gegebenheiten nicht möglich		
☐ Drohende oder bereits eingetretene Überforderung der Pflegeperson		
☐ Eigen- oder Fremdgefährdung des/der Pflegebedürftigen		
☐ Fehlende Bereitschaft zur Pflege durch die Pflegeperson		
Ich erhalte bereits Pflegeleistungen		
☐ von der Unfallversicherung		☐ vom Sozialamt
☐ von:		☐ von der Beihilfestelle
Ich habe einen Beihilfeanspruch ☐ ja, meine Beihilfenummer lautet: ☐ nein		
Name der Beihilfestelle		Anschrift
Behandelnde/r Ärztin/Arzt		
Name, Vorname		Anschrift
☐ Ich bin damit einverstanden, dass der MD bei meinen behandelnden Ärzten/Ärztinnen Auskünfte und Unterlagen über die für die Begutachtung wichtigen Vorerkrankungen sowie Art, Umfang und Dauer der Hilfebedürftigkeit einholt.		
Ort, Datum		Unterschrift aller gesetzlichen Vertreter

Bei Fragen bin ich erreichbar

E-Mail:	Telefon:
---------	----------

Nutzen Sie für die Zusendung den für Sie einfachsten Weg:

E-Mail:	info@big-direkt.de	Datenschutz bei der BIG Als gesetzliche Pflegekasse gehen wir mit Ihren Daten sensibel und sorgfältig um. In diesem Formular erfragen wir Ihre personenbezogenen Daten, um Ihren Antrag auf vollstationäre Pflegeleistungen nach §§ 15, 18 SGB XI zu bearbeiten. Ihre personenbezogenen Daten geben wir nur im Rahmen gesetzlicher Vorschriften an Dritte weiter. Ihre hier erhobenen Daten speichern wir für 6 Jahre und löschen sie dann.
Fax:	0231 5557-199	
Post:	BIG direkt gesund Pflege Postfach 10 06 42 44006 Dortmund	