

Private Pflegepflichtversicherung (PPV)

Eil-Antrag für Krankenhäuser

Für eine bei uns versicherte Person soll ein Eil-Antrag auf Pflegeleistungen gestellt werden - sie wird wahrscheinlich nach der stationären Behandlung dauerhaft pflegebedürftig sein.

Hierfür benötigen wir noch Ihre Mithilfe.

Was ist jetzt zu tun?

Dazu haben Sie sich bereits folgende Formulare von unserer Website heruntergeladen:

- Bescheinigung des Krankenhauses über den Pflegebedarf
- Antrag auf Leistungen aus der Pflegepflichtversicherung
- Erklärung zur Schweigepflichtentbindung
- Vordruck zur Erteilung einer Vollmacht (bitte nur bei Bedarf verwenden)

Bitte lassen Sie die Unterlagen von der pflegebedürftigen Person oder dessen bevollmächtigter bzw. betreuender Person ausfüllen und unterschreiben.

Wichtig: Bitte senden Sie uns die Unterlagen **schnellstmöglich** an unsere Faxnummer 04131 7251393 oder gerne auch per Mail an ppv.Leistung@LKH.de zu.

Wir werden dann eine vorläufige Pflegegradzuordnung veranlassen. Den schriftlichen Leistungsbescheid schicken wir an die Adresse der versicherten Person.

Hinweis: Sie möchten über das Ergebnis der vorläufigen Pflegegradeinstufung benachrichtigt werden? Dann notieren Sie dies bitte auf der Bescheinigung des Krankenhauses und geben Ihre Faxnummer an.

Hinweis - nur bei Übergang in häusliche Pflege: Sind nach der Entlassung aus dem Krankenhaus Hilfsmittel nötig, senden Sie uns bitte entsprechende ärztliche Verordnungen sowie Kostenvoranschläge über eine Versorgungspauschale. Diese werden wir dann prüfen.

Mit freundlichen Grüßen

Ihre LKH





Landeskrankenhilfe V.V.a.G.
Zentraler Posteingang Lüneburg
21332 Lüneburg

Landeskrankenhilfe V.V.a.G.
Telefon: 04131 725-0
Email: ppv.Leistung@LKH.de
Internet: www.lkh.de

Antrag auf Leistungen aus der Pflegepflichtversicherung (PPV)

Versicherungsnummer:

Versicherungsnehmer/-in:

Name

Vorname

Daten der pflegebedürftigen Person:

Name

Vorname

Geburtsdatum

Straße

Hausnummer

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



Versicherungsnummer:

Wer soll die Pflege dauerhaft durchführen:

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?

Nein

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.?

Nein

Ja, bitte Nachweis in Kopie beifügen.

--

Ort, Datum

--

Unterschrift der versicherten Person, der gesetzlich vertretenden Person oder einer sonstigen bevollmächtigten Person
(Bitte Vollmacht beifügen)



Einwilligungs- 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 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.

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 sowie 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 sowie 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, dem Pflegegrading 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 Pflegegradings 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.

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.

Ihre persönlichen Daten

Vorname:

Geburtsdatum:

Nachname:

Versicherungsnummer:

Unterschrift

Ort, Datum, Unterschrift der versicherten Person

Ort, Datum, Unterschrift der gesetzlichen vertretenden Person

Ort, Datum, Unterschrift der bevollmächtigten Person
(Bitte übersenden Sie uns eine Kopie der entsprechenden aktuellen Vollmacht, falls noch nicht geschehen.)

MB/PPV* = Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) für die private Pflegepflichtversicherung Teil 1
Musterbedingungen in der aktuell gültigen Fassung gemäß dem zuletzt ausgestellten Versicherungsschein bzw.
Nachtrag zum Versicherungsschein.

Bitte senden Sie alle 3 Seiten an uns zurück.



Bescheinigung zur vorläufigen Pflegegradzuordnung - EILT - (bitte unbedingt alle Seiten ausgefüllt schicken!)

Vom Krankenhaus auszufüllen: an die LKH übermittelt am

Daten des Patienten:

Name	Vorname	Geburtsdatum
Straße		Hausnummer
Postleitzahl	Wohnort	Versicherungsnummer

Die Patientin/der Patient befindet sich seit in stationärer Krankenhausbehandlung bzw. in Hospiz- oder ambulanter Palliativversorgung.

Bei Krankenhausbehandlung: Die Entlassung ist geplant am

in die häusliche Pflege/ambulante pflegerische Versorgung

in die Kurzzeitpflege

in die vollstationäre Pflege

als Verlegung in eine Rehabilitationsklinik

Pflegebegründende Erkrankungen und/oder Funktionseinschränkungen:

ICD-10 ICD-10 ICD-10

alternativ Freitext:

Beeinträchtigungen der Selbständigkeit und/oder der Fähigkeiten:

Fortbewegen	ohne Hilfe	Mit personeller Hilfe	nicht möglich/ bettlägerig
kognitive Fähigkeiten	vorhanden	größtenteils vorhanden	gering/nicht vorhanden
Verhaltensauffälligkeiten	nie/selten	häufig	täglich
Selbstversorgung	selbständig	wenig Unterstützung	viel Unterstützung

Waschen/Kleiden

Blasen-/Darmentleerung

Nahrungsaufnahme



Für die häusliche Pflege werden folgende Hilfsmittel benötigt:

Pflegebett zum selbständigen Verlassen/Wiederaufsuchen des Bettes
zur Behandlung/Linderung von Krankheitssymptomen
zur Erleichterung der Pflege im Bett

Toilettenstuhl, fahrbar

Rollstuhl zur selbständigen (aktiven) Fortbewegung
zum Schieben durch eine Pflegeperson

**Rückmeldung zur vorläufigen Pflegegradzuordnung bitte an den Sozialdienst
(Faxnummer angeben):** _____

Ort, Datum

Unterschrift



Vollmacht für die Pflegepflichtversicherung (PPV)

Bitte bei Bedarf verwenden

Versicherungsnummer: PPV

Angaben zum Vollmachtgeber (pflegebedürftige Person):

Name	Vorname	Geburtsdatum
Straße		Hausnummer
Postleitzahl	Wohnort	Telefon

Ich bevollmächtige bis auf Widerruf (Bevollmächtigte/r):

Name	Vorname	Geburtsdatum
Straße		Hausnummer
Postleitzahl	Wohnort	Telefon

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 bevollmächtigten Person

Ort, Datum

Unterschrift der vollmachtgebenden Person

