

## R+V Krankenversicherung AG

### Ihr Kundencenter:

Telefon: 0800 533-1122\*

Telefax: 0611 533-5338

gesundheit@ruv.de

\*Service-Telefonnummer für Anrufe aus dem  
Ausland +49 611 167-0441

### Ambulanter Pflegeantrag zur privaten Pflegepflichtversicherung

Sie möchten Pflegeleistungen beantragen? Bitte füllen Sie den Pflegeantrag vollständig aus. Bitte vergessen Sie nicht die Unterschrift auf Seite 7 des Antrags.

Bitte schicken Sie uns alle Seiten (3 bis 7) des Antrags zu. Wir können eine Begutachtung nur in Auftrag geben, wenn uns die vollständige Erklärung mit allen Seiten vorliegt.

### Die Begutachtung

Liegt uns Ihr vollständiger Antrag vor, beauftragen wir Medicproof, den medizinischen Dienst der Privaten Krankenversicherung. Dieser vereinbart mit Ihnen einen Termin zur Begutachtung, um den Pflegegrad festzustellen. Erfolgt Ihre Pflege durch eine private Pflegeperson, sollte diese bei der Begutachtung anwesend sein. Weitere Informationen finden Sie unter [Medicproof](#).

### Pflegehilfsmittel

Im Rahmen der Begutachtung stellt der Medicproof-Gutachter auch fest, ob und welche Pflegehilfsmittel notwendig sind, um Ihre häusliche Pflege sicherzustellen. Sie können diese primär leihweise im Sanitätshaus beziehen. Andernfalls ziehen wir eine Selbstbeteiligung ab.

### Pflegeberatung

Sie und Ihre Angehörigen haben einen Anspruch auf kostenfreie und neutrale Pflegeberatung. Diese kann telefonisch oder bei einem persönlichen Gespräch bei Ihnen zu Hause erfolgen. Wenn Sie es wünschen, kann die Pflegeberatung anonym geschehen.

Sie erreichen COMPASS unter der kostenfreien Nummer:

0800 101 88 00

Montag bis Freitag 8:00 bis 19:00 Uhr

Samstag 10:00 bis 16:00 Uhr

Die COMPASS-Pflegeberaterinnen und -Pflegeberater stellen sicher, dass Ihr Beratungsgespräch innerhalb von 14 Tagen stattfindet. Gerne können Sie die Pflegeberatung zu einem späteren Zeitpunkt in Anspruch nehmen.

Die Pflegeberatung informiert und unterstützt Sie bei Ihren Fragen zur Pflegesituation und zum Begutachtungsverfahren. Wenn Sie es wünschen, kann auch eine Begleitung zum Begutachtungstermin erfolgen. Informationen aus der Beratung werden an Ihr Versicherungsunternehmen nur weitergegeben, wenn Sie dies ausdrücklich wünschen.

Integraler Bestandteil der Pflegeberatung ist auch der individuelle Versorgungsplan gemäß § 7a SGB XI.

Im Versorgungsplan soll der Hilfebedarf mit allen im Einzelfall erforderlichen Sozialleistungen und Hilfen systematisch erfasst und analysiert werden. Die Pflegeberatung wirkt auf die für die Umsetzung erforderlichen Maßnahmen hin und ermöglicht die Überwachung der Durchführung des Plans sowie erforderlichenfalls die Anpassung des Versorgungsplans an eine veränderte Bedarfslage.

Die Erstellung des Versorgungsplans ist einzelfallbezogen, unter Einbeziehung des persönlichen Bedarfs und der individuellen finanziellen Möglichkeiten sowie unter Berücksichtigung der im Einzugsgebiet des Wohnortes vorhandenen Leistungs- und Unterstützungsangebote zu erstellen. Somit können die im Einzelfall erforderlichen Maßnahmen bedarfsgerechter erfasst und gegebenenfalls die für die konkrete Pflegesituation relevanten Unterstützungsangebote und Sozialleistungen empfohlen werden.

Dem Versorgungsplan kommt nur ein empfehlender Charakter zu.

Die COMPASS Private Pflegeberatung ist ein Tochterunternehmen des Verbandes der Privaten Krankenversicherung und eine gemeinsame Einrichtung aller privaten Krankenversicherungsunternehmen.

Weitere Informationen finden Sie im Internet unter [www.pflegeberatung.de](http://www.pflegeberatung.de)

R+V Versicherung (08)  
65181 Wiesbaden

**R+V Krankenversicherung AG**

**Ihr Kundencenter:**  
Telefon: 0800 533-1122\*  
Telefax: 0611 533-5338  
gesundheit@ruv.de

\*Service-Telefonnummer für Anrufe aus dem  
Ausland +49 611 167-0441

**Antrag auf ambulante Pflegeleistungen**

Versicherungs-Nummer: \_\_\_\_\_

Versicherte Person: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Bei Beihilfeempfängern: Schicken Sie uns bitte den Festsetzungsbescheid zu.

Name der Beihilfestelle: \_\_\_\_\_

Beihilfenummer des Antragstellers: \_\_\_\_\_

Bitte vollständig ausfüllen (keine Striche oder Streichungen) und unterschreiben.

Ich beantrage:

- Kostenerstattung für häusliche Pflegehilfe durch eine geeignete Pflegekraft/ambulante Pflegeeinrichtung
- Pflegegeld, mit dessen Umfang ich die erforderliche Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung durch eine Pflegeperson in geeigneter Weise selbst sicherstelle
- Kombinationsleistung (Kostenerstattung für häusliche Pflegehilfe in Kombination mit Pflegegeld)
- Höherstufung in den Pflegegrad \_\_\_\_\_

Die Pflege erfolgt durch:

\_\_\_\_\_  
Name des Pflegedienstes, Anschrift und Telefon

\_\_\_\_\_  
Name der selbst beschafften Pflegeperson, Anschrift, Telefon

Folgender Arzt kann Auskunft über meinen Gesundheitszustand geben:

Name: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Der Termin zur Untersuchung soll vereinbart werden mit:

Name: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

## **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 Absatz 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 Absatz 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 Absatz 1 SGB XI) über die Feststellung von Pflegebedürftigkeit informieren. Wird diese Frist nicht eingehalten, habe ich unter den Voraussetzungen des § 6 Absatz 2 a MB/PPV\* einen Anspruch auf Zusatzzahlung nach Nr. 12 des Tarifs PP.

**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 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 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

**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.

-----  
Ort, Datum, Unterschrift der versicherten Person

-----  
Ort, Datum, Unterschrift der gesetzlichen Vertreterin/des gesetzlichen Vertreters

-----  
Ort, Datum, Unterschrift der mit einer Vorsorgevollmacht versehenen 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 I  
Musterbedingungen in der aktuell gültigen Fassung gemäß dem zuletzt ausgestellten Versicherungsschein  
bzw. Nachtrag zum Versicherungsschein.