

zurück an:

Württembergische Krankenversicherung AG  
Leistungsservice  
70163 Stuttgart

oder per Mail an:

[kranken.leistung@wuerttembergische.de](mailto:kranken.leistung@wuerttembergische.de)

Bei Fragen - Telefon: 0711 662-722118

## Antrag auf Leistungen für vollstationäre Pflege

(§ 4 Abs. 11 und 12 MB/PPV 2017, Nr. 7 Tarif PV)

**Kranken-/Pflegeversicherung**

Datum:

Ich beantrage Leistungen aus der privaten Pflege-Pflichtversicherung für vollstationäre Pflege.

**1. Angaben zur pflegebedürftigen Person:**

Vorname, Name	Geburtsdatum
Straße	
PLZ und Ort	Telefon

**Ansprechpartner (zur Terminabsprache etc.):**

Vorname, Name	Telefon
---------------	---------

**2. Angaben zur Pflegeeinrichtung:****Aufnahmedatum:**

Name / Pflegeeinrichtung	Telefon
Straße	
PLZ und Ort	Fax

**3. Warum erfolgt keine häusliche oder teilstationäre (nur tags oder nachts) Pflege?**

- Wegen des Umfangs der Pflege Tätigkeit
- Weil keine Angehörigen oder andere Pflegepersonen vorhanden sind
- Sonstiges:



## Kranken-/Pflegeversicherung

### 4. Auszahlung der Versicherungsleistungen

Ich wünsche die Auszahlung der Versicherungsleistungen auf das nachstehende Konto:

Kontoinhaber	Geldinstitut
IBAN	BIC

Ich weise den Versicherer an, die Versicherungsleistungen unmittelbar an das Pflegeheim auszusahlen.

### 5. Andere Ansprüche auf Pflegeleistungen

Bestehen (bzw. wurden beantragt) noch anderweitige Ansprüche wegen Pflegebedürftigkeit? (z. B. nach dem Bundesversorgungsgesetz, aus der gesetzlichen Unfallversicherung, aus öffentlichen Kassen aufgrund gesetzlich geregelter Unfallversorgung, z. B. nach dem Beamtenversorgungsgesetz, oder Unfallfürsorge oder privatrechtlicher Art)

Nein  Ja:

Art und Höhe der Ansprüche (Ggf. bitte Kopie des Annerkennungsbescheides bzw. Antrages beilegen.)

### 6. Behandelnder Hausarzt:

Vorname, Name	
Straße	
PLZ und Ort	Telefon

### 7. Wurde eine Betreuung eingerichtet/beantragt oder eine Vollmacht erteilt?

**Nein**  
 **Ja:**     **Betreuung**     **Vollmacht**

Name, Vorname	
Straße	
PLZ und Ort	Telefon/Fax

**Bitte fügen Sie eine Kopie der Betreuungsurkunde bzw. der Vollmacht bei, sofern uns diese noch nicht vorliegt.**

**An die Heimleitung mit der Bitte um Ergänzung:**

Der Medizinische Dienst der privaten Pflege-Pflichtversicherung, die MEDICPROOF Gesellschaft für medizinische Gutachten, Köln, wird sich wegen der Untersuchung des Antragstellers mit Ihnen zwecks Terminabsprache in Verbindung setzen. Bitte teilen Sie uns dazu einen Ansprechpartner in Ihrem Haus mit:

Name des Ansprechpartners/der Ansprechpartnerin		
Telefon	Zu erreichen von	bis

--------------

Ort, Datum

--------------

Unterschrift der Pflegeeinrichtung

**Hinweis an die Heimleitung:**

Eine Leistungspflicht in der Pflegeversicherung besteht nur bei Inanspruchnahme von zugelassenen Einrichtungen. Die vollen Versicherungsleistungen können nur ausgezahlt werden, wenn außerdem eine Vergütungsvereinbarung nach den Vorschriften des SGB XI abgeschlossen worden ist.

Um Rückfragen in Einzelfällen zu vermeiden, bitten wir Sie, eine Kopie der von Ihnen abgeschlossenen Verträge nach SGB XI und im Rahmen des Übergangsrechts nach Artikel 49 PflegeVG ggf. die mit den Sozialhilfeträgern abgeschlossenen Verträge, an die folgende Stelle zu übersenden, damit diese für den Bereich der privaten Pflege-Pflichtversicherung ein Verzeichnis über die zugelassenen vollstationären Pflegeeinrichtungen aufbauen kann:

**Verband der privaten Krankenversicherung e.V.**  
**Postfach 51 10 40**  
**50946 Köln**

Vielen Dank!