
Name, Vorname des Pflegebedürftigen

Geburtsdatum

Versichertennummer

Ich erhalte bereits Pflegegeld von

der Unfallversicherung

dem Sozialamt

sonstiger Stelle _____

Name und Adresse / Aktenzeichen

Ich habe Anspruch auf Beihilfe oder Heilfürsorge nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen.

Nein Ja, _____

Name und Adresse / Aktenzeichen

Wünschen Sie das Pflegegutachten in Kopie?

Nein Ja

Wünschen Sie eine Pflegeberatung?

Nein Ja. Sie erhalten eine Nachricht durch unseren Kooperationspartner spectrumK.

Bei nachstehenden Kranken-/ Pflegekassen war ich vor Antragstellung versichert

von _____ bis _____ Krankenkasse _____

Der behandelnde Arzt ist

Name des Hausarztes (Facharztes)

Adresse des Arztes

Name, Vorname des Pflegebedürftigen

Geburtsdatum

Versichertennummer

Einwilligungserklärung

Ich bin damit einverstanden, dass dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung vorhanden ärztliche Berichte, Gutachten und Befunddokumentationen zur Einsichtnahme zur Verfügung gestellt werden. Ich bin ferner damit einverstanden, dass Krankenkasse und Pflegekasse personenbezogene Daten im erforderlichen Umfang verarbeiten und nutzen dürfen (§ 96 Abs. 2 SGB XI)

Die Daten werden zur Erfüllung unserer Aufgaben nach § 94 Abs. 1 SGB XI erhoben und verarbeitet. Ihr Mitwirken ist nach §§ 60 - 62, 65 SGB I erforderlich. Fehlende Mitwirkung kann nach § 66 SGB I zu Nachteilen bei Leistungsansprüchen führen. Allgemeine Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten finden Sie unter www.die-bergische-kk.de/Datenschutz oder werden Ihnen auf Wunsch ausgehändigt. Bei Fragen wenden Sie sich an die BERGISCHE Krankenkasse, Postfach 19 05 40, 42705 Solingen oder unseren Datenschutzbeauftragten unter datenschutz@die-bergische-kk.de.

Wir benötigen für die Bearbeitung Ihres Anliegens einige persönliche Angaben. Die mit * gekennzeichneten Angaben sind freiwillig. Empfänger Ihrer Daten können von der BERGISCHEN beauftragte Dienstleister sein. Allgemeine Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten finden Sie unter www.die-bergische-kk.de/Datenschutz oder werden Ihnen auf Wunsch ausgehändigt. Bei Fragen wenden Sie sich an die BERGISCHE Krankenkasse, Postfach 19 05 40, 42705 Solingen oder unseren Datenschutzbeauftragten unter datenschutz@die-bergische-kk.de. Die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Daten erfolgt auf freiwilliger Basis. Mein Einverständnis kann ich ohne für mich nachteilige Folgen verweigern bzw. jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Mir ist bekannt, dass dies nicht die Rechtmäßigkeit der bisher auf der Grundlage dieser Einwilligung erfolgten Verarbeitung berührt. Meine Widerrufserklärung kann ich richten an: DIE BERGISCHE Krankenkasse, Postfach 19 05 40, 42705 Solingen.

Ich bin damit einverstanden, dass die BERGISCHE meine angegebenen freiwilligen Daten verarbeitet und verwendet, um mich über die Vorteile und Neuigkeiten der BERGISCHEN und ihrer Vertragspartner informieren und beraten zu können, auch per E-Mail und Telefon. Diese Einwilligung ist freiwillig und ich kann sie jederzeit widerrufen.

Datum, Unterschrift Versicherter