

Beantragt wird			
<input type="checkbox"/> Sachleistung	<input type="checkbox"/> Geldleistung	<input type="checkbox"/> Kombinations-Leistung	<input type="checkbox"/> Vollstationäre Pflege

Pflege durch Hilfsdienst, Sozialstation (bei Sach- oder Kombinations-Leistung) oder Pflegeheim

Name des Hilfsdienstes/ der Sozialstation/ des Pflegeheims	Tel.-Nr.
Anschrift des Hilfsdienstes/ der Sozialstation/ des Pflegeheims	

Pflege wird durch private Pflegepersonen durchgeführt (bei Geld- oder Kombinations-Leistung)

Name, Vorname, Geburtsdatum	Straße	PLZ Wohnort
Berufstätig über 30h/Woche <input type="checkbox"/> Ja	Altersrente <input type="checkbox"/> Ja	Info über Hausbesuch <input type="checkbox"/>

Name, Vorname, Geburtsdatum	Straße	PLZ Wohnort
Berufstätig über 30h/Woche <input type="checkbox"/> Ja	Altersrente <input type="checkbox"/> Ja	Info über Hausbesuch <input type="checkbox"/>

Name, Vorname, Geburtsdatum	Straße	PLZ Wohnort
Berufstätig über 30h/Woche <input type="checkbox"/> Ja	Altersrente <input type="checkbox"/> Ja	Info über Hausbesuch <input type="checkbox"/>

Name, Vorname, Geburtsdatum	Straße	PLZ Wohnort
Berufstätig über 30h/Woche <input type="checkbox"/> Ja	Altersrente <input type="checkbox"/> Ja	Info über Hausbesuch <input type="checkbox"/>

Diese Angaben sind erforderlich zur Feststellung der Renten-Versicherungspflicht der Pflegeperson(en).

Welche Hilfsmittel/Hilfen benutzen Sie?

<input type="checkbox"/> Brille	<input type="checkbox"/> Handgehstock	<input type="checkbox"/> Ernährungspumpe	<input type="checkbox"/> WC-Sitzerhöhung
<input type="checkbox"/> Hörgerät	<input type="checkbox"/> Unterarm-Gehstützen	<input type="checkbox"/> Urinflasche	<input type="checkbox"/> Toilettenstuhl
<input type="checkbox"/> Zahnprothese	<input type="checkbox"/> Rollator	<input type="checkbox"/> Urinbeutel	<input type="checkbox"/> Badewannen-Lifter
<input type="checkbox"/> Korsett	<input type="checkbox"/> Rollstuhl	<input type="checkbox"/> Vorlagen	<input type="checkbox"/> Pflegebett
<input type="checkbox"/> Kompressions-Strümpfe <input type="checkbox"/> (kurz) <input type="checkbox"/> (lang)	<input type="checkbox"/> Hausnotruf	<input type="checkbox"/> Windeln <input type="checkbox"/> Stomabeutel	<input type="checkbox"/> Antidekubitus-Matratze

Datum _____ Unterschrift _____

Ihre persönlichen Daten werden von der vivida bkk zum Zwecke der Erfüllung ihrer gesetzlichen Aufgaben nach dem Sozialgesetzbuch erhoben, gespeichert und verarbeitet. Ihre Angaben unterliegen dem Datenschutz und werden vertraulich behandelt.
Weitere Informationen zum Datenschutz bei der vivida bkk finden Sie unter: www.vividabkk.de/datenschutz