



## Private Pflegepflichtversicherung (PPV)

Versicherungsnummer: \_\_\_\_\_

Versicherte Person: \_\_\_\_\_, geb. \_\_\_\_\_

**Antrag auf folgende wohnumfeldverbessernde Maßnahme:** \_\_\_\_\_

Ein Antrag auf Versicherungsleistungen für eine wohnumfeldverbessernde Maßnahme soll gestellt werden. Die zur Bearbeitung erforderlichen Unterlagen haben Sie von unserer Homepage [www.lkh.de](http://www.lkh.de) heruntergeladen.

Bitte füllen Sie das beigefügte Formular „Fragebogen zur Beantragung eines Kostenzuschusses für eine (Wohnumfeld-)Verbesserung“ aus. Die „datenschutzrechtliche Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärungen“ ist vom Pflegebedürftigen oder dessen Bevollmächtigtem zu unterschreiben.

Bitte übersenden oder faxen Sie sämtliche Unterlagen dann an:

Adresse Landeskrankenhilfe V.V.a.G.  
PPV-Leistung  
21332 Lüneburg

Telefax 04131 725-1393

E-Mail [ppv.leistung@lkh.de](mailto:ppv.leistung@lkh.de)

Zur Prüfung der Notwendigkeit der beantragten wohnumfeldverbessernden Maßnahme ist der Medizinischen Dienst der Privaten Pflegepflichtversicherung (MEDICPROOF) mit einer Begutachtung zu beauftragen. Dazu ist es erforderlich, erneut eine aktuelle Schweigepflichtentbindungserklärung vom Pflegebedürftigen einzuholen; diese Erklärung ist zwingende Voraussetzung für die Beauftragung. Zudem benötigen wir zur geplanten Maßnahme weitere Angaben, die wir in dem anliegenden Fragebogen zusammengefasst haben.

Bitte legen Sie uns möglichst umgehend, jedoch spätestens innerhalb von zwei Wochen, die vom Pflegebedürftigen oder dessen Bevollmächtigten unterschriebene Schweigepflichtentbindungserklärung, den ausgefüllten Fragebogen und folgende ergänzende Unterlagen vor:

- Kostenvoranschlag,
- Skizze,
- Fotodokumentation,
- Bestätigung Vermieter\*in, ob und welche Kosten diese\*r trägt (nur bei Mietobjekten).

Der Gutachter wird sich zwecks Terminvereinbarung mit Ihnen oder der von Ihnen benannten Kontaktperson telefonisch in Verbindung setzen. Der Gutachter wird sich als Mitarbeiter der Firma MEDICPROOF ausweisen.

Sobald uns das Gutachten des Medizinischen Dienstes vorliegt, erhalten Sie unaufgefordert Bescheid.

Wichtig: Falls Sie den vereinbarten Termin krankheitsbedingt oder aus sonstigen Gründen nicht wahrnehmen können, informieren Sie uns oder den Gutachter bitte umgehend, damit wir entsprechend planen können.

Mit freundlichen Grüßen  
Landeskrankenhilfe V.V.a.G.

## Fragebogen zur Beantragung eines Kostenzuschusses für eine (Wohnumfeld-)Verbesserung

Sie möchten eine (Umbau-)Maßnahme zur Verbesserung Ihres Wohnumfeldes durchführen oder haben dies bereits getan und beantragen nun einen Zuschuss zu den Kosten. Um prüfen zu können, ob die Maßnahme in den Leistungsbereich der Pflegeversicherung fällt und ggf. der Medizinische Dienst mit einer Beurteilung der medizinisch pflegerischen Notwendigkeit beauftragt werden kann, legen Sie uns bitte diesen Fragebogen vollständig ausgefüllt vor.

### 1) Allgemeine Angaben

Name

Geburtsdatum

Straße, Hausnummer

Vorname

Versicherung/Versicherungsnummer

PLZ, Wohnort

### 2) Ort an dem die (Umbau-)Maßnahme erfolgen soll bzw. schon erfolgt ist:

Straße, PLZ, Ort, ggf. Etage

### 3) Wurde die (Umbau-)Maßnahme bereits durchgeführt?

Nein

Ja

Falls ja: Liegt eine Fotodokumentation vom Zustand vor der Maßnahme vor?

Nein

Ja

### 4) Leben mehrere Pflegebedürftige in der Wohnung und dient die (Umbau-)Maßnahme mehreren Pflegebedürftigen?

Ja

Nein

Falls ja: Bitte Personen angeben:

Name, Vorname, Geburtsdatum, Pflegekasse/ private Pflegeversicherung, Pflegegrad

Name, Vorname, Geburtsdatum, Pflegekasse/ private Pflegeversicherung, Pflegegrad

### 5) In welcher Art Gebäude wohnen Sie?

Einfamilienhaus Wie viele Etagen hat das Haus?

Mehrfamilienhaus In welcher Etage wohnen Sie?  Gibt es einen Aufzug?  Nein  Ja

### 6) Befinden sich Stufen/Schwellen ...

... zwischen Straße und Gebäudeeingang?

Nein

Ja; Anzahl:

... zwischen Gebäudeeingang und Wohnbereich?

Nein

Ja; Anzahl:

... in Ihrem Wohnbereich?

Nein

Ja; Anzahl:

Versicherungsnummer: \_\_\_\_\_

**7) Gibt es Handläufe/Geländer zum Festhalten?**

- Nein  
 Ja; Anzahl & Ort/-e: \_\_\_\_\_

**8) Ihr Wohnbereich verfügt über:**

- Wohnzimmer  
 Schlafzimmer  
 Küche  
 Keller  
 Weitere Zimmer: \_\_\_\_\_

**9) Wie ist Ihr Badezimmer ausgestattet?**

- Dusche      Einstiegshöhe in cm (etwa): \_\_\_\_\_  
 Liegebadewanne       Badewanne in Sonderform (z. B. Eckwanne, Sitzwanne, Whirlpool)  
 Waschbecken      Höhe in cm (etwa): \_\_\_\_\_  
 Toilette      Höhe in cm (etwa): \_\_\_\_\_  
 Sonstiges: \_\_\_\_\_

**10) Könnte eine Person auf einem (Roll-)Stuhl vor dem Waschbecken sitzend gewaschen werden?**

- Nein       Ja

**11) Ist Ihr Badezimmer groß genug, um es mit einem Rollator aufzusuchen?**

- Nein       Ja

**12) Befinden sich im Badezimmer Haltegriffe (z. B. am WC, an der Badewanne, in der Dusche)?**

- Nein  
 Ja; Anzahl & Ort/-e: \_\_\_\_\_

**13) Gibt es in Ihrem Wohnbereich noch ein weiteres Badezimmer oder Gäste-WC?**

- Nein  
 Ja; Ausstattung: \_\_\_\_\_

**14) Haben Sie bereits zu einem früheren Zeitpunkt Leistungen zur Verbesserung des Wohnumfeldes erhalten?**

- Ja       Nein

Falls ja: Bitte Zeitpunkt und Maßnahme angeben:

\_\_\_\_\_

Versicherungsnummer: \_\_\_\_\_

- 15) Warum sind die bisherigen Wohnverhältnisse nicht ausreichend? Was ist der Grund für die (Umbau-)Maßnahme(n)? Warum können Sie Ihre bisherige Wohnsituation in der Form nicht länger nutzen? Bitte beschreiben Sie das Problem so genau und ausführlich wie möglich ggf. auch auf der Rückseite.

---

---

---

---

---

---

- 16) Zur Verbesserung ist folgende Maßnahme vorgesehen: Bitte beschreiben Sie das Vorhaben so genau und ausführlich wie möglich ggf. auch auf der Rückseite. Bitte geben Sie auch an wo genau die Maßnahme erfolgen soll (z. B. Haltegriff in der Dusche, Rampe auf die Terrasse usw.)

---

---

---

---

---

---

- 17) Bitte reichen Sie noch folgende Unterlagen nach (sofern nicht bereits eingereicht):

- Fotodokumentation
- Skizze
- Kostenvoranschlag
- Bestätigung Vermieter\*in, ob und welche Kosten diese\*r trägt (nur bei Mietobjekten).

- 18) Nach bestem Wissen und Gewissen erstellt von:

X

\_\_\_\_\_

Ort, Datum, Unterschrift

**Vor- und Nachname, Geb.-Datum:**  
**Vers.-Nr.:**

---

## **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 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 Pflege trainings 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 Pflege training 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 Pflege training erforderlichen Daten an den beauftragten Gutachter bzw. Pflegetrainer weiter.

**Ich willige** in die Übermittlung der erforderlichen Daten zur Begutachtung und zur Durchführung des Pflege trainings 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.

**Vor- und Nachname, Geb.-Datum:**

**Vers.-Nr.:**

**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 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.



**Vor- und Nachname, Geb.-Datum:  
Vers.-Nr.:**

---

### 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 Pflege Tätigkeit 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.

**Bitte senden Sie alle 3 Seiten an uns zurück.**