



## Pflegepflichtversicherung Eil-Antrag für Krankenhäuser

Landeskrankenhilfe V.V.a.G.  
PPV Leistungen  
21332 Lüneburg

Telefon 04131 725-0  
Telefax 04131 725-1393  
E-Mail ppv.leistung@lkh.de

Sehr geehrte Damen und Herren,

für Ihren Patienten soll ein Eil-Antrag auf Leistungen aus der Pflegepflichtversicherung (PPV) gestellt werden, da davon auszugehen ist, dass nach der stationären Behandlung eine dauerhafte Pflegebedürftigkeit vorliegen wird. Damit der Antrag zeitnah bearbeitet werden kann, werden weitere Unterlagen benötigt. Von unserer Homepage haben Sie folgende Formulare heruntergeladen:

- Bescheinigung des Krankenhauses über den Pflegebedarf
- Antrag auf Leistungen aus der Pflegepflichtversicherung
- Datenschutzrechtliche Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärungen
- Vordruck zur Erteilung einer Vollmacht (nur bei Bedarf verwenden)

Bitte übersenden Sie uns die ausgefüllten und von der pflegebedürftigen Person oder dessen Bevollmächtigten/Betreuer unterschriebenen vollständigen Unterlagen komplett an unsere o.g. Faxnummer oder per Mail. Sodann werden wir eine vorläufige Pflegegradzuordnung veranlassen.

### **WICHTIG:**

Eine Bearbeitung des Antrages ist nur bei Vorlage der vollständigen Unterlagen möglich.

Wünschen Sie eine Rückmeldung über das Ergebnis der vorläufigen Pflegegradeinstufung, so vermerken Sie dies bitte entsprechend auf der Bescheinigung des Krankenhauses in dem dafür vorgesehenen Feld und geben Ihre Faxnummer dort an.

Den schriftlichen Leistungsbescheid erhält unser/e Versicherte/r an seine / ihre Korrespondenzanschrift.

### **Nur bei Übergang in häusliche Pflege:**

Sollte zur Krankenhausentlassung die Bereitstellung von **Hilfsmitteln** erforderlich sein, so sind uns bitte entsprechende ärztliche Verordnungen sowie Kostenvoranschläge über eine Versorgungspauschale zur Prüfung zu übersenden.

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



Absender/Stempel

Landeskrankenhilfe V.V.a.G.  
PPV Leistungen  
21332 Lüneburg  
FAX: 04131 725 1393  
Mail: PPV.Leistung@LKH.de

**vom Krankenhaus auszufüllen:**  
an die LKH gefaxt am \_\_\_\_\_

### Bescheinigung zur vorläufigen Pflegegradzuordnung – EILT – (bitte unbedingt alle Seiten ausgefüllt schicken!)

Pflegebedürftige Person/ Patient: Versicherungsnummer, Name, Geburtsdatum, PLZ, Wohnort

**1. Die Patientin/der Patient befindet sich seit ..... in**

- ambulanter ärztlicher Behandlung
- Hospiz- oder ambulanter Palliativversorgung
- stationärer Krankenhausbehandlung bzw. Rehabilitation.

Ein Pflegeüberleitungsbericht ist  beigefügt  nicht beigefügt

**2. Sie/er ist seit ..... voraussichtlich dauerhaft (mehr als 6 Monate) als pflegebedürftig im Sinne des Pflegeversicherungsgesetzes (SGB XI) anzusehen.**

- ja  nein, vorübergehend für ..... Wochen

**3. Bei Krankenhausbehandlung: Die Entlassung ist geplant am .....**

- in die ambulante pflegerische Versorgung.
- in eine Kurzzeitpflegeeinrichtung – anschließend geplante Rückkehr in den häuslichen Bereich.
- in eine Kurzzeitpflegeeinrichtung – anschließend geplante Aufnahme in vollstationäre Pflege.
- als Verlegung in eine Rehabilitationsklinik.

**4. Die Person, die die Patientin/den Patienten pflegt, hat gegenüber dem Arbeitgeber die Inanspruchnahme von Pflegezeit nach dem Pflegezeitgesetz angekündigt oder mit dem Arbeitgeber eine Familienpflegezeit nach §2 abs.1 Familienzeitgesetz vereinbart.**  ja  nein

Name ..... Geburtsdatum .....

Adresse .....

**5. Die Pflege soll erbracht werden durch:**

.....  
Name / Adresse der ambulanten oder stationären Pflegeeinrichtung

*Bescheinigung des Krankenhauses*

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

**6. Pflegebegründende Erkrankungen oder Funktionseinschränkungen:**

.....

**7. Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten:**

.....

- |                         |  |   |
|-------------------------|--|---|
| <b>Fortbewegen</b>      | <input type="checkbox"/> selbstständig                 | <input type="checkbox"/> mit Hilfsmittel                                |
|                         | <input type="checkbox"/> mit personeller Hilfe         | <input type="checkbox"/> nicht möglich                                  |
| <b>Treppensteigen</b>   | <input type="checkbox"/> selbstständig                 | <input type="checkbox"/> mit Sturzrisiko                                |
|                         | <input type="checkbox"/> mit personeller Hilfe         | <input type="checkbox"/> nicht möglich                                  |
| <b>Positionswechsel</b> | <input type="checkbox"/> selbstständig                 | <input type="checkbox"/> wenig Hilfe erforderlich                       |
|                         | <input type="checkbox"/> wenig eigene Mithilfe möglich | <input type="checkbox"/> komplett unselbstständig                       |
| <b>Stuhlinkontinenz</b> | <input type="checkbox"/> besteht nicht                 | <input type="checkbox"/> besteht <input type="checkbox"/> Anus praeter  |
| <b>Harninkontinenz</b>  | <input type="checkbox"/> besteht nicht                 | <input type="checkbox"/> besteht <input type="checkbox"/> Dauerkatheter |

- |                          |   |   |
|--------------------------|---|---|
| <b>Selbstständigkeit</b> | <b>leicht eingeschränkt bei(m)</b>              | <b>stark eingeschränkt bei(m)</b>               |
|                          | <input type="checkbox"/> Waschen                | <input type="checkbox"/> Waschen                |
|                          | <input type="checkbox"/> An- und Auskleiden     | <input type="checkbox"/> An- und Auskleiden     |
|                          | <input type="checkbox"/> Frisieren/Zahnpflege   | <input type="checkbox"/> Frisieren/Zahnpflege   |
|                          | <input type="checkbox"/> Blasen-/Darmentleerung | <input type="checkbox"/> Blasen-/Darmentleerung |
|                          | <input type="checkbox"/> Nahrungsaufnahme       | <input type="checkbox"/> Nahrungsaufnahme       |

- |                                       |  |   |
|---------------------------------------|--|---|
| <b>Orientierung vorhanden</b>         | <input type="checkbox"/> ja/größtenteils | <input type="checkbox"/> gering/nein    |
| <b>Gedächtnisleistung vorhanden</b>   | <input type="checkbox"/> ja/größtenteils | <input type="checkbox"/> gering/nein    |
| <b>Wahrnehmung/Denken vorhanden</b>   | <input type="checkbox"/> ja/größtenteils | <input type="checkbox"/> gering/nein    |
| <b>herausforderndes Verhalten</b>     | <input type="checkbox"/> nie/selten      | <input type="checkbox"/> häufig/täglich |
| <b>Antriebslosigkeit</b>              | <input type="checkbox"/> nie/selten      | <input type="checkbox"/> häufig/täglich |
| <b>depressive/ängstliche Stimmung</b> | <input type="checkbox"/> nie/selten      | <input type="checkbox"/> häufig/täglich |

**8. Für die häusliche Pflege werden folgende Hilfsmittel benötigt:**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Pflegebett              | <input type="checkbox"/> zum selbstständigen Verlassen/Wiederaufsuchen des Bettes |
|  | <input type="checkbox"/> zur Behandlung/Linderung von Krankheitssymptomen         |
|  | <input type="checkbox"/> zur Erleichterung der Pflege im Bett:                    |
| <input type="checkbox"/> Toilettenstuhl, fahrbar | <input type="checkbox"/> zur selbstständigen (aktiven) Fortbewegung               |
| <input type="checkbox"/> Rollstuhl               | <input type="checkbox"/> zum Schieben durch eine Pflegeperson                     |

Rückmeldung zur vorläufigen Pflegegradzuordnung bitte an den Sozialdienst (Faxnummer angeben).

Ort, Datum

Unterschrift

Krankenhausstempel

Bescheinigung des Krankenhauses

# Antrag auf Leistungen aus der Pflegepflichtversicherung (PPV)



Landeskrankenhilfe V.V.a.G.  
PPV-Leistungen  
21332 Lüneburg

Telefax: 04131 725-1393  
E-Mail: ppv.leistung@lkh.de

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

## Versicherungsnehmer:

Name, Vorname:
----------------

## Daten der pflegebedürftigen Person:

Name, Vorname, Geburtsdatum:
Straße:
Postleitzahl, Wohnort:
Telefon, Telefax

## Daten der Kontaktperson für die Terminvereinbarung zur Begutachtung (z.B. Angehörige, Bevollmächtigte):

Name, Vorname:
Beziehung zur pflegebedürftigen Person:
Telefon, Telefax:

## Beihilfeabrechnungsstelle (nur angeben, falls ein Beihilfeanspruch besteht):

Name
Anschrift:

Antrag auf Pflegeleistungen

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

Wer soll die Pflege dauerhaft durchführen:

**Private Pflegeperson:**

Name, Vorname, Geburtsdatum:
Anschrift:

und/oder

**Pflegedienst:**

Name:
Anschrift:

oder

**Pflegeheim:**

Name:
Anschrift:

Erfolgt derzeit eine stationäre Behandlung in einem Krankenhaus/ einer Rehabilitationseinrichtung?	
<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, bis voraussichtlich:

Bestehen anderweitige Ansprüche auf Entschädigungsleistungen wegen Pflegebedürftigkeit, z. B. nach dem Bundesversorgungsgesetz, der gesetzlichen Unfallversicherung/Unfallfürsorge, bei anderen privaten oder gesetzlichen Pflegeversicherungen o. ä.?	
<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja. Bitte Nachweise in Kopie beifügen.



\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der versicherten Person, des gesetzlichen Vertreters oder einer sonstigen mit einer Vollmacht versehenen Person (Bitte Vollmacht beifügen)

**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 Pflegegrading 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 Pflegegradings 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 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 Vollmacht 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.**



**Vollmacht für die Pflegepflichtversicherung PPV**  
**Bitte bei Bedarf verwenden**

Versicherungsschein-Nr.: PPV \_\_\_\_\_

**Angaben zum Vollmachtgeber (pflegebedürftige Person):**

\_\_\_\_\_  
Vorname, Name Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Anschrift

**Ich bevollmächtige bis auf Widerruf (Bevollmächtigte/r)**

\_\_\_\_\_  
Vorname, Name Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Anschrift

\_\_\_\_\_  
Telefonnummer

mich in allen Leistungsangelegenheiten der PPV gegenüber dem Landeskrankenhilfe V.V.a.G. zu vertreten, dazu zählen

- Abgabe von Anzeigen und Erklärungen
- Empfang von Leistungsbescheiden
- Empfang von Gutachten
- Führen von Schriftwechsel

Die Vollmacht berechtigt jedoch nicht zur Entgegennahme von Geldzahlungen. Versicherungsleistungen werden auf das vom Versicherungsnehmer angegebene Konto überwiesen.

Die/der Bevollmächtigte ist nicht befugt, ihre/seine Vollmacht ganz oder teilweise auf andere Personen zu übertragen. Die Vollmacht soll auch über meinen Tod hinaus wirksam sein.

Zugleich werden Mitarbeiter/innen des Landeskrankenhilfe V.V.a.G. von ihrer Schweigepflicht befreit und ermächtigt, der/dem Bevollmächtigten umfassend Auskunft zu den Leistungsangelegenheiten der PPV zu erteilen.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der/des Bevollmächtigten (dient zum Abgleich der Unterschrift)

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der/des Vollmachtgebers (dient zum Abgleich der Unterschrift)