

Deutsche Post   
ANTWORT

Continentale Krankenversicherung a.G.  
Direktion / Servicecenter Pflegeversicherung

44118 Dortmund

## Antrag auf Erhöhung des Pflegegrades bei der Continentale Krankenversicherung a.G., Dortmund

Name Versicherungsnehmer

Versicherungsnummer

Da sich der Pflegeaufwand erhöht hat, beantrage ich hiermit eine erneute Prüfung des Pflegegrades.

Ich bitte um erneute Begutachtung durch den Medizinischen Dienst (MEDICPROOF).

Name, Anschrift, Telefon-Nr. des Ansprechpartners für die Begutachtung

Unterschrift versicherte Person

Unterschrift gesetzlicher Vertreter



Versicherungs-Nr.: \_\_\_\_\_

Name des Versicherten \_\_\_\_\_

## Einwilligung in die Datenverarbeitung und Schweigepflichtentbindungserklärung Stand (12/23)

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 Pflegetrainings 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 Pflegetraining 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 Pflegetraining erforderlichen Daten an den beauftragten Gutachter bzw. Pflegetrainer weiter.

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

**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.



Versicherungs-Nr.: \_\_\_\_\_

Name des Versicherten \_\_\_\_\_

#### 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.

#### 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.



Versicherungs-Nr.: \_\_\_\_\_ Name des Versicherten \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
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.

### Risikoträger

#### Continentale Krankenversicherung a. G.

Ruhrallee 92, 44139 Dortmund  
Vorstand: Dr. Christoph Helmich (Vorsitzender),  
Dr. Gerhard Schmitz (stv. Vorsitzender),  
Dr. Helmut Hofmeier, Dr. Marcus Kremer,  
Dr. Thomas Niemöller, Alf N. Schlegel  
Vorsitzender des Aufsichtsrats: Rolf Bauer  
Sitz der Gesellschaft: Dortmund  
Handelsregister Amtsgericht Dortmund B 2271  
USt-ID-Nr.: DE 124 906 368



Versicherungs-Nr.: \_\_\_\_\_ Name des Versicherten \_\_\_\_\_

## Fragebogen zur Vorbereitung auf die Begutachtung

### WICHTIG! ZUM VERBLEIB

- bitte nicht zurücksenden -

Datum: \_\_\_\_\_

#### 1a Angaben zur pflegebedürftigen Person:

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

#### 1b Angaben zur Unterzeichnerin / zum Unterzeichner:

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

Verhältnis zur pflegebedürftigen Person \_\_\_\_\_

#### 2 Welche körperlichen, seelischen und geistigen Erkrankungen und Behinderungen stehen im Vordergrund? Liegen demenzielle Symptome vor? (Art und Beginn / besondere Ereignisse / Komplikationen / Verhaltensauffälligkeiten)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- |                         |  |  |  |
|-------------------------|--|--|--|
| <b>Fortbewegen</b>      | <input type="checkbox"/> selbstständig (ggf. mit Hilfsmitteln) | <input type="checkbox"/> mit personeller Hilfe     | <input type="checkbox"/> nicht möglich |
| <b>Treppensteigen</b>   | <input type="checkbox"/> selbstständig                         | <input type="checkbox"/> mit personeller Hilfe     | <input type="checkbox"/> nicht möglich |
| <b>Bettlägerigkeit</b>  | <input type="checkbox"/> nein                                  | <input type="checkbox"/> häufig                    | <input type="checkbox"/> ständig       |
| <b>Druckgeschwüre</b>   | <input type="checkbox"/> nein                                  | <input type="checkbox"/> häufig                    |  |
| <b>Harninkontinenz</b>  | <input type="checkbox"/> nein                                  | <input type="checkbox"/> ja, Versorgung mit: _____ |  |
| <b>Stuhlinkontinenz</b> | <input type="checkbox"/> nein                                  | <input type="checkbox"/> ja, Versorgung mit: _____ |  |

#### Welche Hilfsmittel werden genutzt?

(z. B. Pflegebett, Rollstuhl, Toilettenrollstuhl, Badewannenhilfen, Brille, Hörgerät, etc.)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



Versicherungs-Nr.: \_\_\_\_\_ Name des Versicherten \_\_\_\_\_

**- WICHTIG! ZUM VERBLEIB – bitte nicht zurücksenden -**

**3 Wie schätzen Sie die Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten ein?**

Pflegebedürftigkeit im Sinne des Gesetzes (SGB XI) orientiert sich daran, wie stark die Selbstständigkeit oder die Fähigkeiten eines Menschen bei der Bewältigung des Alltags beeinträchtigt sind und er deshalb der Hilfe durch andere bedarf. Bitte geben Sie an, wie Sie die Selbstständigkeit oder die Fähigkeiten einschätzen.

	selbstständig	teilweise selbstständig, personelle Unterstützung wird benötigt	unselbstständig
Pflege des Oberkörpers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Waschen des Intimbereichs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Duschen und Baden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
An- und Auskleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nahrungsaufnahme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Flüssigkeitsaufnahme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Toilettengang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Fähigkeit uneingeschränkt	Fähigkeit eingeschränkt	Fähigkeit nicht vorhanden
Orientierung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gedächtnis/Erinnerung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Begreifen/Denken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Teilnahme an Gesprächen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	nie	nicht täglich	täglich
Verhaltensauffälligkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antriebslosigkeit/Traurigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ausgeprägte Ängste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	selbstständig	teilweise selbstständig, benötigt personelle Unterstützung	unselbstständig
Tagesgestaltung/Sozialkontakte/ Beschäftigung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wann traten erstmalig die angegebenen Einschränkungen auf? \_\_\_\_\_

Besteht ein Unterstützungsbedarf bei der Haushaltsführung?  
(z.B. Einkaufen, Kochen, Spülen, Wohnungsreinigung, Wäsche)  ja  nein

Erfolgen auch während der Nacht Hilfeleistungen?  ja  nein

Wenn ja, warum und wie oft?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



Versicherungs-Nr.: \_\_\_\_\_ Name des Versicherten \_\_\_\_\_

- WICHTIG! ZUM VERBLEIB – bitte nicht zurücksenden -

**4 Erfolgen eine medizinische Versorgung oder andere Therapiemaßnahmen in der häuslichen Umgebung?**

(z. B. Arztbesuche, Krankengymnastik, Wundversorgung etc.)

Name des Arztes / Therapeuten	Adresse	durchschnittliche Häufigkeit pro Woche	durchschnittliche Häufigkeit pro Monat
_____	_____	_____	_____

Name des Arztes / Therapeuten	Adresse	durchschnittliche Häufigkeit pro Woche	durchschnittliche Häufigkeit pro Monat
_____	_____	_____	_____

Name des Arztes / Therapeuten	Adresse	durchschnittliche Häufigkeit pro Woche	durchschnittliche Häufigkeit pro Monat
_____	_____	_____	_____

Welche Medikamente sind angeordnet (z B. Tabletten, Tropfen, Spray, Zäpfchen, Salben)? (legen Sie gerne einen Medikamentenplan bereit)

1 \_\_\_\_\_ 2 \_\_\_\_\_ 3 \_\_\_\_\_

4 \_\_\_\_\_ 5 \_\_\_\_\_ 6 \_\_\_\_\_

7 \_\_\_\_\_ 8 \_\_\_\_\_ 9 \_\_\_\_\_

Erfolgt eine personelle Unterstützung bei der Medikamenteneinnahme/-anwendung?  ja  nein

Die Pflege wird regelmäßig erbracht von (ggf. Rückseite nutzen):

Pflegedienst	Adresse/Telefon	Pflegetage pro Woche	Pflegestunden pro Woche
_____	_____	_____	_____

Private Pflegeperson/Angehörige	Adresse/Telefon	Pflegetage pro Woche	Pflegestunden pro Woche
_____	_____	_____	_____

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Private Pflegeperson/Angehörige	Adresse/Telefon	Pflegetage pro Woche	Pflegestunden pro Woche
_____	_____	_____	_____

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Private Pflegeperson/Angehörige	Adresse/Telefon	Pflegetage pro Woche	Pflegestunden pro Woche
_____	_____	_____	_____

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Private Pflegeperson/Angehörige	Adresse/Telefon	Pflegetage pro Woche	Pflegestunden pro Woche
_____	_____	_____	_____

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Private Pflegeperson/Angehörige	Adresse/Telefon	Pflegetage pro Woche	Pflegestunden pro Woche
_____	_____	_____	_____

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Die Angaben habe ich nach bestem Wissen und Gewissen gemacht:

\_\_\_\_\_

Ort, Unterschrift



Versicherungs-Nr.:  Name des Versicherten

- WICHTIG! ZUM VERBLEIB – bitte nicht zurücksenden -

Bitte hier bei Bedarf nähere Angaben machen zu „Die Pflege wird regelmäßig erbracht von:“

