



**Ich beantrage**

**Pflegesachleistung**  
(durch einen ambulanten  
Pflegedienst)

**Pflegegeld**  
(für eine private Pflege-  
person (z.B. Angehörige))

**Tages- oder Nachtpflege**  
(in einer teilstationären  
Pflegeeinrichtung)

**vollstationäre Pflege** ab/seit 

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

**Die Pflege wird durch eine private Pflegeperson (Angehörige, Freunde, Bekannte) durchgeführt**

nein           ja, bitte angeben

**Angaben zur Pflegeperson**

|                     |           |                    |  |
|---------------------|-----------|--------------------|--|
| Name _____          |           | Geburtsdatum _____ |  |
| Vorname _____       |           |                    |  |
| Straße _____        |           | Hausnummer _____   |  |
| PLZ _____           | Ort _____ |                    |  |
| Telefonnummer _____ |           |                    |  |

**Die Pflege wird aktuell nicht in meinem, sondern in einem anderen Haushalt (z. B. Haushalt der Pflegeperson) durchgeführt**

nein           ja, bitte angeben

**Name und Anschrift**

|                     |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |            |  |  |  |
|---------------------|--|--|--|-----|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|------------|--|--|--|
|                     |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |            |  |  |  |
| Name                |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Hausnummer |  |  |  |
|                     |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |            |  |  |  |
| Vorname             |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |            |  |  |  |
|                     |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |            |  |  |  |
| Straße              |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Hausnummer |  |  |  |
|                     |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |            |  |  |  |
| PLZ                 |  |  |  | Ort |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |            |  |  |  |
| Telefonnummer _____ |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |            |  |  |  |



Sofern Sie im Besitz von ärztlichen Unterlagen sind (z. B. Befundberichte, Krankenhausentlassungsberichte) halten Sie diese bei einem Hausbesuch durch unseren Gutachter zur Einsichtnahme bereit.

YRCMO38002 15711



**Bitte überweisen Sie das Pflegegeld auf folgende Bankverbindung**

|                                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|----------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| [Empty grid for IBAN]            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| IBAN                             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| [Empty grid for BIC]             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| BIC                              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| _____<br>Name des Geldinstitutes |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Wenn das Pflegegeld nicht auf Ihr eigenes Konto überwiesen werden soll, geben Sie bitte den Namen und die Anschrift des abweichenden Kontoinhabers an.

**Angaben zum Kontoinhaber**

|                          |  |  |  |  |                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                             |  |  |  |  |  |  |  |
|--------------------------|--|--|--|--|----------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|-----------------------------|--|--|--|--|--|--|--|
| [Empty grid for Name]    |  |  |  |  |                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                             |  |  |  |  |  |  |  |
| Name                     |  |  |  |  |                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                             |  |  |  |  |  |  |  |
| [Empty grid for Vorname] |  |  |  |  |                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                             |  |  |  |  |  |  |  |
| Vorname                  |  |  |  |  |                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                             |  |  |  |  |  |  |  |
| [Empty grid for Straße]  |  |  |  |  |                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | [Empty grid for Hausnummer] |  |  |  |  |  |  |  |
| Straße                   |  |  |  |  |                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Hausnummer                  |  |  |  |  |  |  |  |
| [Empty grid for PLZ]     |  |  |  |  | [Empty grid for Ort] |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                             |  |  |  |  |  |  |  |
| PLZ                      |  |  |  |  | Ort                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                             |  |  |  |  |  |  |  |

**Angaben über eine amtlich bestellte Betreuung, eine gesetzliche Vertretung oder einen Bevollmächtigten**

Ich habe einen gesetzlichen Betreuer oder Vertreter  nein  ja  
Ich habe einen Bevollmächtigten  nein  ja

\*Bitte fügen Sie eine Kopie des Betreuungsausweises bzw. der Vollmacht bei.

**Angaben zu Ihrem Betreuer, Vertreter oder Bevollmächtigten**

|                  |  |  |  |  |              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                     |  |  |  |  |  |  |  |
|------------------|--|--|--|--|--------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|---------------------|--|--|--|--|--|--|--|
| _____<br>Name    |  |  |  |  |              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                     |  |  |  |  |  |  |  |
| _____<br>Vorname |  |  |  |  |              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                     |  |  |  |  |  |  |  |
| _____<br>Straße  |  |  |  |  |              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | _____<br>Hausnummer |  |  |  |  |  |  |  |
| _____<br>PLZ     |  |  |  |  | _____<br>Ort |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                     |  |  |  |  |  |  |  |

**Angaben zu Ihrem Hausarzt bzw. behandelnden Arzt**

|                        |  |  |  |  |              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                     |  |  |  |  |  |  |  |
|------------------------|--|--|--|--|--------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|---------------------|--|--|--|--|--|--|--|
| _____<br>Name          |  |  |  |  |              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                     |  |  |  |  |  |  |  |
| _____<br>Vorname       |  |  |  |  |              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                     |  |  |  |  |  |  |  |
| _____<br>Straße        |  |  |  |  |              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | _____<br>Hausnummer |  |  |  |  |  |  |  |
| _____<br>PLZ           |  |  |  |  | _____<br>Ort |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                     |  |  |  |  |  |  |  |
| _____<br>Telefonnummer |  |  |  |  |              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                     |  |  |  |  |  |  |  |



### **Einwilligungserklärung**

Ich bin damit einverstanden, dass die vom Sozialmedizinischen Dienst zur Beurteilung meiner gesundheitlichen Verhältnisse für erforderlich gehaltenen Unterlagen (z.B. Krankengeschichte, Untersuchungsergebnisse, Röntgenaufnahmen und Befundberichte) hinzugezogen werden. Deshalb entbinde ich die Ärzte, bei denen ich in Behandlung bin oder früher in Behandlung oder zur Untersuchung war, von ihrer Schweigepflicht. Ich stimme zu, diese Unterlagen und Auskünfte, soweit sie für die Entscheidung über die Leistungsgewährung erforderlich sind, bei meinem Antrag auf Pflegeleistungen zu verwerten.

**In diesem Zusammenhang bitten wir darum, eventuell vorhandene Berichte von betreuenden Diensten, Pfl egetagebücher, ärztliche Unterlagen, derzeitige Medikamente sowie Gutachten und Bescheide anderer Sozialleistungsträger für den Begutachtungstermin bereitzuhalten.**

Ich bin damit einverstanden, dass der Sozialmedizinische Dienst zur Prüfung der Pflegebedürftigkeit alle an meiner Versorgung Beteiligten befragen darf.

nein  ja

### **Ich nehme zur Kenntnis, dass**

- die Daten, die im Zusammenhang mit meiner Begutachtung wegen der Erbringung von Sozialleistungen bekannt geworden sind, für eigene gesetzliche soziale Aufgaben (z.B. einem anderen Gutachter) oder an andere Sozialleistungsträger (z.B. Krankenkasse, Agentur für Arbeit, Versorgungsamt, Berufsgenossenschaft) auch für deren gesetzliche Aufgaben übermittelt werden dürfen (§ 69 Abs. 1 Nr. 1 SGB X i. V. m. § 76 Abs. 2 SGB X),
- ich dem jedoch widersprechen kann,
- bei einem Widerspruch aber die Leistung ganz oder teilweise versagt oder entzogen werden kann, nachdem ich auf diese Folge schriftlich hingewiesen worden bin und eine mir gesetzte Frist verstrichen ist (§ 66 SGB I).

Meine Angaben zu diesem Leistungsantrag beruhen auf den Mitwirkungspflichten nach den §§ 60 bis 64 SGB I. Dies bedeutet, dass ich im Rahmen der Überprüfung der Voraussetzungen für einen Anspruch auf Leistungen der Pflegeversicherung im Rahmen meiner Mitwirkungspflichten mitwirken muss.

### **Ich verpflichte mich daher,**

- alle Tatsachen anzugeben, die für die Leistung erheblich sind und auf Verlangen des zuständigen Leistungsträgers der Erteilung der erforderlichen Auskünfte durch Dritte zuzustimmen,
- Änderungen in den Verhältnissen, die für die Leistung erheblich sind oder über die im Zusammenhang mit der Leistung Erklärungen abgegeben worden sind (z.B. Änderung der Pflegeperson, Umzug in eine vollstationäre Pflegeeinrichtung, Hinzunahme eines Pflegedienstes, Änderung der Bankverbindung, Änderung des Gesundheitszustandes, Beantragung oder Bezug von Beihilfe- oder Versorgungsleistungen), unverzüglich mitzuteilen,
- Beweismittel zu bezeichnen und auf Verlangen des zuständigen Leistungsträgers zur mündlichen Erörterung des Antrages oder zur Vornahme anderer für die Entscheidung notwendiger Maßnahmen persönlich zu erscheinen.

**Ich nehme zur Kenntnis, dass** bei Verstoß gegen die Mitwirkungspflichten der Leistungsträger ohne weitere Ermittlungen die Leistung bis zur Nachholung der Mitwirkung ganz oder teilweise versagen oder entziehen kann, soweit die Voraussetzungen der Leistung nicht nachgewiesen sind.

Ich versichere, dass ich die Angaben in diesem Antrag wahrheitsgemäß nach bestem Wissen und Gewissen gemacht habe.

Ort und Datum

Unterschrift der/des Versicherten, Betreuers, gesetzlichen Vertreters oder Bevollmächtigten



## Bitte im Original zurücksenden

KNAPPSCHAFT  
 Fachzentrum Pflege  
 45095 Essen

Ihre Kranken- und Pflegeversichertennummer:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Bei Rückfragen/  
 Schriftwechsel bitte  
 unbedingt angeben!

Name, Vorname, Geburtsdatum der/des Versicherten

## Informationen zum Beratungsangebot der KNAPPSCHAFT

Pflegebedürftigkeit ist oft ein erheblicher Einschnitt im Leben der Betroffenen, der Familien, im sozialen Umfeld. In dieser Situation sind kompetente und schnelle Auskünfte zu Fragen über Leistungsansprüche, Hilfsangebote und Unterstützungsmaßnahmen sehr wichtig. Hier bietet die KNAPPSCHAFT gerne Hilfe an.

Die Soziale Pflegeversicherung sieht vor, dass Antragstellern unmittelbar nach Eingang eines Antrags auf Pflegeleistungen ein konkreter Beratungstermin unter Angabe einer Kontaktperson anzubieten und die Beratung spätestens innerhalb von zwei Wochen durchzuführen ist. Auf Wunsch wird diese Beratung in der häuslichen Umgebung und selbstverständlich gerne auch nach Ablauf der 2-Wochen-Frist durchgeführt.

Die Beratung kann unter Einbeziehung von Angehörigen und Lebenspartnern oder gegenüber ihnen erfolgen, sofern die anspruchsberechtigte Person dies wünscht. Sie umfasst sämtliche, mit der Pflegebedürftigkeit zusammenhängenden Fragen sowie die spezielle Pflegeberatung durch besonders qualifizierte Pflegeberater/innen auf der Grundlage des sozialmedizinischen Pflegegutachtens. Weitere Informationen zur Pflegeversicherung erhalten Sie unter [www.knappschaft.de](http://www.knappschaft.de) in der Rubrik Pflegeversicherung.

Wenn Sie dieses kostenlose Angebot nutzen möchten, senden Sie dieses Informationsschreiben sowie die beigefügte Datenschutz- und Einwilligungserklärung **unterschrieben** an uns zurück.

- Nein, ich bin bereits umfassend informiert und beraten worden.**
- Ja, ich möchte eine Beratung nach § 7a SGB XI in Anspruch nehmen.**



\_\_\_\_\_  
 Ort und Datum

\_\_\_\_\_  
 Unterschrift des Versicherten

Um Kontakt mit Ihnen aufnehmen zu können, teilen Sie uns bitte einen Namen und eine Telefonnummer \*) mit unter der Sie oder eine andere Person erreichbar sind.

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

Telefonnummer \_\_\_\_\_

\*) freiwillige Angabe





## Bitte im Original zurücksenden

KNAPPSCHAFT  
Fachzentrum Pflege  
45095 Essen

Ihre Kranken- und Pflegeversichertennummer:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Bei Rückfragen/  
Schriftwechsel bitte  
unbedingt angeben!

Name, Vorname, Geburtsdatum der/des Versicherten

## Datenschutzerklärung

### Information für den Leistungsberechtigten i. S. d. Gesetze der Sozialversicherung

Als Leistungsberechtigter i. S. d. Gesetze der Sozialversicherung haben Sie nach dem Elften Buch Sozialgesetzbuch - Soziale Pflegeversicherung - (SGB XI) einen Anspruch auf eine Pflegeberatung.

Aufgabe der Pflegeberatung im Sinne des § 7a SGB XI ist es insbesondere,

1. den Hilfebedarf unter Berücksichtigung der Ergebnisse der Begutachtung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung bzw. den Sozialmedizinischen Dienst sowie die Ergebnisse der Beratung in der eigenen Häuslichkeit systematisch zu erfassen und zu analysieren,
2. einen individuellen Versorgungsplan mit den im Einzelfall erforderlichen Sozialleistungen und gesundheitsfördernden, präventiven, kurativen, rehabilitativen oder sonstigen medizinischen sowie pflegerischen und sozialen Hilfen zu erstellen,
3. auf die für die Durchführung des Versorgungsplans erforderlichen Maßnahmen einschließlich deren Genehmigung durch den jeweiligen Leistungsträger hinzuwirken,
4. die Durchführung des Versorgungsplans zu überwachen und erforderlichenfalls einer veränderten Bedarfslage anzupassen,
5. bei besonders komplexen Fallgestaltungen den Hilfeprozess auszuwerten und zu dokumentieren sowie
6. über Leistungen zur Entlastung der Pflegepersonen zu informieren.

Damit wir unsere Aufgaben sachgemäß und rechtmäßig erfüllen können, ist Ihre Mitwirkung nach § 60 Erstes Buch Sozialgesetzbuch - Allgemeiner Teil - (SGB I) erforderlich. Insbesondere ist es wichtig, dass Sie uns alle für die Zwecke der Pflegeberatung relevanten Informationen zu Ihrer Person und zu Ihren persönlichen und sächlichen Lebensverhältnissen, die für die Leistung erheblich sind, mitteilen. Zu den zu verarbeitenden Daten gehören auch besondere Arten personenbezogener Daten, insbesondere Daten über Ihre Gesundheit. Wichtig ist auch, dass Sie darin einwilligen, dass zur Zweckerreichung notwendige Daten, über die Sie nicht selbst verfügen, ggf. bei an Ihrer Pflege, Versorgung und Betreuung beteiligten Dritten, wie z. B. den behandelnden Ärzten, sonstigen Leistungserbringern, Krankenhäusern, Pflegediensten, Pflegeheimen und auch anderen Sozialleistungsträgern, erhoben werden.

Ihr Pflegeberater bzw. Ihre Pflegeberaterin nimmt im Rahmen der Pflegeberatung eine aktive Rolle ein und unterstützt Sie, damit Ihre pflegerische Versorgung reibungslos funktioniert. Hierzu kann es im Einzelfall notwendig sein, die von uns erhobenen Daten Dritten mitzuteilen. Dies kann



YRMC046007 15202

beispielsweise im Rahmen der Unterstützung bei der Beantragung von weiteren Sozialleistungen, für deren Gewährung ein anderer Leistungsträger zuständig ist, oder bei Absprachen mit Leistungserbringern, z. B. behandelnden Ärzten, Krankenhäusern, ambulanten Pflegediensten oder stationären Pflegeeinrichtung, die Ihrer optimalen Versorgung dienen, der Fall sein. Bei der Übermittlung der Daten wird die Pflegeberaterin bzw. der Pflegeberater strikt darauf achten, nur die tatsächlich für den konkreten Zweck erforderlichen Daten zu übermitteln.

### **Erklärung des Leistungsberechtigten zum Antrag auf Pflegeberatung und Einverständniserklärung zur Datenverarbeitung**

Mit meiner nachstehenden Unterschrift bestätige ich, dass ich über Inhalte und Zielsetzungen der Pflegeberatung durch die Pflegeberaterin bzw. den Pflegeberater umfassend informiert und beraten worden bin.

Ich bin damit einverstanden, dass die für die Pflegeberatung erforderlichen Informationen zu meiner Person, zu meinen persönlichen Lebensverhältnissen und dem daraus folgenden Pflegebedarf von meinem Pflegeberater bzw. meiner Pflegeberaterin bei mir oder bei an meiner Pflege, Versorgung und Betreuung beteiligten Dritten oder anderen Sozialleistungsträgern erfasst werden und ggf. den für die Leistungsgewährung zuständigen Leistungsträgern oder den an meiner pflegerischen Betreuung beteiligten Leistungserbringern im erforderlichen Umfang und zweckgebunden zur Verfügung gestellt (übermittelt) werden. Die Datenverarbeitung dient ausschließlich dazu, die weitere Pflege zu organisieren und die notwendigen Leistungen zu koordinieren.

Mir ist bewusst, dass es sich bei den hier relevanten Daten auch um besondere Arten personenbezogener Daten, insbesondere Daten über meine Gesundheit, handelt. Mit der Erhebung, Verarbeitung und Nutzung dieser Daten bin ich ausdrücklich einverstanden. Von den zu Beginn der Pflegeberatung erfassten Daten erhalte ich auf Wunsch eine Abschrift.

Zugleich entbinde ich die mich behandelnden bzw. betreuenden Ärzte, Krankenhäuser, Pflegedienste, Pflegeheime, anderen Sozialleistungsträger sowie die Kranken- und Pflegekassen von ihrer ihnen obliegenden Schweigepflicht und bin damit einverstanden, dass sie die für die Pflegeberatung notwendigen Auskünfte erteilen.

Diese Einwilligung beruht auf meiner freien Willensentscheidung. Eine fehlende Einwilligung kann dazu führen, dass keine umfassende Beratung erfolgen kann.

Mir ist bekannt, dass ich – auch ohne Angabe von Gründen – diese Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen und damit die Inanspruchnahme der Pflegeberatung beenden kann. Eine – telefonische oder schriftliche – Erklärung an die Pflegeberaterin bzw. den Pflegeberater oder die unten genannte Stelle ist dazu ausreichend.

Mit dem Widerruf und der Beendigung der Pflegeberatung endet auch die Befugnis, meine personenbezogenen Daten zu verarbeiten, es sei denn, die Datenverarbeitung ist noch für die Abrechnung bereits erbrachter Leistungen erforderlich oder aufgrund einer Rechtsvorschrift verpflichtend.

Durch den Widerruf der Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung meiner Daten nicht berührt.

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

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des/der Anspruchsberechtigten

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des/der gesetzlichen Vertreters/Vertreterin



## Sozialmedizinischer Dienst: Informationen zur Pflegebegutachtung

Der Sozialmedizinische Dienst (SMD) der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See unterstützt die KNAPPSCHAFT in allen medizinischen und pflegerischen Fragestellungen.

Um über Ihren Antrag auf Leistungen aus der Pflegeversicherung entscheiden zu können, muss Ihr persönlicher Hilfebedarf festgestellt werden. Daher wird die Pflegekasse den SMD beauftragen, ein Pflegegutachten zu erstellen.

Zu diesem Zweck wird sich der SMD **schriftlich oder telefonisch** mit Ihnen in Verbindung setzen, um möglichst kurzfristig einen Begutachtungstermin zu vereinbaren.

Die Pflegebegutachtungen erfolgen durch Pflegefachkräfte sowie durch Ärztinnen und Ärzte des SMD, die sich durch einen Dienstausweis ausweisen.

Die Begutachtung findet in der Regel in Ihrem Wohnumfeld statt, um einen Eindruck von Ihrer individuellen Lebens- und Pflegesituation zu bekommen.

### Was ist bei der Begutachtung von Patienten mit Demenzerkrankung zu beachten?

Die Gutachterin oder der Gutachter spricht in der Regel zunächst die pflegebedürftige Person an. Auch wenn ihre Angaben auf Grund der dementiellen Erkrankung nicht zuverlässig sind, kann hierbei ein Rückschluss auf die kognitiven Fähigkeiten der Person gezogen werden. Diese Angaben werden allerdings nicht ungeprüft übernommen, sondern mit der pflegenden Person besprochen, bevor sie in das Gutachten einfließen.

### Was geschieht nach der Begutachtung?

Ein Pflegegutachten wird erstellt. Auf dessen Grundlage entscheidet die Pflegekasse über Ihren Antrag. Hierüber erhalten Sie einen Bescheid. Grundsätzlich wird Ihnen das Pflegegutachten übersandt.

### Tipps für den Hausbesuch:

- Schildern Sie der Gutachterin oder dem Gutachter möglichst genau Ihre gesundheitlichen Einschränkungen.
- **Halten Sie aktuelle Befund- und Entlassungsberichte bereit.**
- Für den Fall, dass bereits ein Pflegedienst zu Ihnen kommt, legen Sie der Gutachterin oder dem Gutachter die **Pflegedokumentation** vor. Wenn Sie häusliche Krankenpflege erhalten, sollten die entsprechenden Leistungsnachweise, insbesondere vorliegende Wunddokumentationen, zur Einsichtnahme ebenfalls bereit gehalten werden.
- Wenn Sie regelmäßig Medikamente einnehmen, halten Sie auch diese bereit, möglichst als aktuellen Medikamentenplan.
- Bitten Sie die Person/en, die bei Ihnen Pflege durchführt/en, bei der Begutachtung dabei zu sein.

### Kontakt:

Kundenzufriedenheit genießt in unserem Hause einen hohen Stellenwert. Sollte es dennoch im Rahmen der Pflegebegutachtung einmal Grund zur Beschwerde geben, wenden Sie sich bitte an den für Sie zuständigen SMD oder an die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See, Abteilung V - Personal - Sozialmedizin - Koordination und Beratung, Wasserstr. 215, 44799 Bochum, [smd@kbs.de](mailto:smd@kbs.de).

Der Sozialmedizinische Dienst der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See schützt personenbezogene Daten und hält sich an die gesetzlichen Bestimmungen zum Datenschutz. Weitere Informationen finden Sie unter: [www.kbs.de/smd-datenschutz](http://www.kbs.de/smd-datenschutz)

Weitere Informationen zu unserem Haus erhalten Sie unter: [www.knappschaft.de](http://www.knappschaft.de)



**Bitte im Original zurücksenden**

KNAPPSCHAFT  
 Fachzentrum Pflege  
 45095 Essen

Ihre Kranken- und Pflegeversichertennummer:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Bei Rückfragen/  
 Schriftwechsel bitte  
 unbedingt angeben!

Name, Vorname, Geburtsdatum der/des Versicherten

**Fragebogen zur Zahlung der Beiträge zur sozialen Sicherung für nicht erwerbsmäßig tätige Pflegepersonen**  
 - unbedingt auch von Beschäftigten und Rentenbeziehern auszufüllen -  
 (Bitte beachten Sie die nebenstehenden Erläuterungen)

**A Angaben zur pflegebedürftigen Person**

Name, Vorname

KVNR

**B Angaben zur pflegenden Person (Pflegeperson)**

Name, Vorname  männlich  weiblich

Anschrift (Straße, Hausnummer, Postleitzahl und Ort)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Rentenversicherungsnummer

Staatsangehörigkeit

Geburtsname, ggf. frühere Namen

Geburtsland und Geburtsort

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Geburtsdatum (TT, MM, JJJJ)

Telefonnummer (freiwillige Angabe)

Ihre Rentenversicherungsnummer finden Sie in Ihrem Sozialversicherungsausweis, einer Gehaltsabrechnung oder in einer Mitteilung Ihrer Rentenversicherung.



## 1. Angaben zur Pflege

1.1 Ich pflege die pflegebedürftige Person seit dem:

|     |  |  |       |  |  |      |  |  |  |
|-----|--|--|-------|--|--|------|--|--|--|
|     |  |  |       |  |  |      |  |  |  |
| Tag |  |  | Monat |  |  | Jahr |  |  |  |

an insgesamt \_\_\_\_\_ Stunden **wöchentlich**, an \_\_\_\_\_ Tagen **wöchentlich** am:

- Montag       Dienstag       Mittwoch       Donnerstag       Freitag  
 Samstag       Sonntag  
 im Rhythmus von \_\_\_\_\_  Wochen /  Monat/en  
 in folgendem Rhythmus: \_\_\_\_\_

Bitte tragen Sie immer die **wöchentlichen Gesamtstunden** ein.

1.2 Neben mir sind noch andere Pflegepersonen im Haushalt der pflegebedürftigen Person tätig:

- Nein     Ja,

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Anschrift (Straße, Hausnummer, Postleitzahl und Ort)

Weitere Pflegepersonen, die an der Pflege beteiligt sind, können Sie uns ggfs. auf einem separaten Blatt mitteilen.

1.3 Die Pflege wird von mir nur vorübergehend (nicht mehr als zwei Monate bzw. 60 Tage im Jahr), als Aushilfe/Vertretung ausgeübt:

- Nein

- Ja, vom

|     |  |  |       |  |  |      |  |  |  |
|-----|--|--|-------|--|--|------|--|--|--|
|     |  |  |       |  |  |      |  |  |  |
| Tag |  |  | Monat |  |  | Jahr |  |  |  |

bis

|     |  |  |       |  |  |      |  |  |  |
|-----|--|--|-------|--|--|------|--|--|--|
|     |  |  |       |  |  |      |  |  |  |
| Tag |  |  | Monat |  |  | Jahr |  |  |  |

(Wenn ja: weiter bei Abschnitt C, letzte Seite)

1.4 Wo wird die Pflege durchgeführt?

- im Haushalt der pflegebedürftigen Person  
 in meinem Haushalt  
 im gemeinsamen Haushalt  
 sonstiger Pflegeort: \_\_\_\_\_

1.5 Ich stehe in folgendem Verhältnis zur pflegebedürftigen Person:

- Ehegatte/eingetragener Lebenspartner       Elternteil       Kind  
 \_\_\_\_\_

1.6 Ich erhalte von der pflegebedürftigen Person eine Geldleistung, die das - je nach Pflegegrad - zu zahlende Pflegegeld übersteigt:

- Nein  
 Ja

1.7 Die Pflegetätigkeit übe ich im Rahmen meiner Berufstätigkeit aus (selbständige Pflegefachkraft oder Anstellung bei einer ambulanten Pflegeeinrichtung bzw. bin in meiner Eigenschaft als Pflegeperson bei einer ambulanten Pflegeeinrichtung angestellt oder als Jugend- oder Bundesfreiwilligendienstleistender oder für ein Unternehmen der freien Wohlfahrtspflege tätig, „24 Stunden Kraft“):

- Nein  
 Ja, Tätigkeit als \_\_\_\_\_



Berufsbezeichnung

(Wenn ja: weiter bei Abschnitt C, letzte Seite)

**1.8** Ich pflege noch weitere pflegebedürftige Personen:

- Nein
- Ja, an insgesamt \_\_\_\_ Stunden **wöchentlich**, an \_\_\_\_ Tagen **wöchentlich** am:
  - Montag  Dienstag  Mittwoch  Donnerstag  Freitag
  - Samstag  Sonntag

**Wenn ja:**

Angaben zur weiteren pflegebedürftigen Person:

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

\_\_\_\_\_  
Anschrift (Straße, Hausnummer, Postleitzahl und Ort)

\_\_\_\_\_  
Pflegekasse/Versicherungsunternehmen/Versichertennummer

Versicherungspflicht kann auch bestehen, wenn die wöchentliche Mindestpflegestundenanzahl bzw. die Mindestanzahl an Pflegetagen erst durch die Pflege mehrerer Pflegebedürftiger erreicht wird.

Weitere pflegebedürftige Personen, die von Ihnen gepflegt werden, können Sie uns ggfs. auf einem separaten Blatt mitteilen.

**2. Angaben zur Rentenversicherung**

**2.1** Ich übe neben der Pflegetätigkeit eine oder mehrere Erwerbstätigkeiten aus:

- Nein
- Ja, an insgesamt **bis zu** 30 Stunden in der Woche

seit dem: 

|     |       |      |  |  |  |  |  |
|-----|-------|------|--|--|--|--|--|
|     |       |      |  |  |  |  |  |
| Tag | Monat | Jahr |  |  |  |  |  |

Handelt es sich hierbei um einen „Minijob“?  Nein  Ja

- Ja, an insgesamt **mehr als** 30 Stunden in der Woche

seit dem: 

|     |       |      |  |  |  |  |  |
|-----|-------|------|--|--|--|--|--|
|     |       |      |  |  |  |  |  |
| Tag | Monat | Jahr |  |  |  |  |  |

 (Weiter bei Abschnitt C, letzte Seite)

**2.2** Ich beziehe eine Vollrente wegen Alters oder eine vergleichbare Leistung nach Erreichen einer Altersgrenze:

- Nein
- Ja, seit dem: 

|     |       |      |  |  |  |  |  |
|-----|-------|------|--|--|--|--|--|
|     |       |      |  |  |  |  |  |
| Tag | Monat | Jahr |  |  |  |  |  |

aus dem  Inland  Ausland (Wenn ja: weiter bei Abschnitt C, letzte Seite)

**Wenn nein:** Haben Sie eine solche Rente beantragt?  Nein  Ja

z. B. Altersvollrente nach Vollendung des maßgeblichen Lebensjahres, Pensionen oder Auslandsrenten.

**Hierbei handelt es sich nicht um eine Teilrente, die durch das Flexirentengesetz bezogen werden kann.**



2.3 Ich habe die Regelaltersgrenze erreicht und bisher keine Beiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung gezahlt:

- Mir wurden vom Rentenversicherungsträger Kindererziehungszeiten anerkannt.
- Für mich wurden pauschale Beiträge aufgrund einer geringfügigen Beschäftigung („Minijob“) gezahlt.
- Nein

Bitte fügen Sie uns den Bescheid der Rentenversicherung über die Anerkennung der Kindererziehungszeit in Kopie bei.

2.4 Beiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung wurden gezahlt:

- Nein  Ja

2.5 Die Beiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung habe ich mir in der Vergangenheit erstatten lassen:

- Nein
- Ja, am: 

|     |       |      |  |  |  |  |  |  |  |
|-----|-------|------|--|--|--|--|--|--|--|
|     |       |      |  |  |  |  |  |  |  |
| Tag | Monat | Jahr |  |  |  |  |  |  |  |

Bitte fügen Sie uns einen entsprechenden Nachweis in Kopie bei.

**Wenn ja:** Wurden nach der Beitragserstattung erneut Beiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung gezahlt?  Nein  Ja

2.6 Ich bin von der Rentenversicherungspflicht befreit und Pflichtmitglied in einer berufsständischen Versorgungseinrichtung:

- Nein
- Ja, \_\_\_\_\_  
Name des Versorgungswerks  
\_\_\_\_\_  
Anschrift des Versorgungswerks  
\_\_\_\_\_  
Mitgliedsnummer: \_\_\_\_\_

In diesem Fall werden die Beiträge für die Dauer der Pflege an das berufsständische Versorgungswerk gezahlt, wenn Sie nicht widersprechen.

**3. Angaben zur Arbeitslosenversicherung**

3.1 Direkt vor Beginn der Pfllegetätigkeit war ich/bestand:

- arbeitslosenversicherungspflichtig beschäftigt  
vom 

|     |       |      |  |  |  |  |  |  |  |
|-----|-------|------|--|--|--|--|--|--|--|
|     |       |      |  |  |  |  |  |  |  |
| Tag | Monat | Jahr |  |  |  |  |  |  |  |

 bis 

|     |       |      |  |  |  |  |  |  |  |
|-----|-------|------|--|--|--|--|--|--|--|
|     |       |      |  |  |  |  |  |  |  |
| Tag | Monat | Jahr |  |  |  |  |  |  |  |

  
oder  lfd.

z. B. als Arbeitnehmer

\_\_\_\_\_  
Name des Arbeitgebers, Ort

- auf Antrag pflichtversichert in der Arbeitslosenversicherung  
vom 

|     |       |      |  |  |  |  |  |  |  |
|-----|-------|------|--|--|--|--|--|--|--|
|     |       |      |  |  |  |  |  |  |  |
| Tag | Monat | Jahr |  |  |  |  |  |  |  |

 bis 

|     |       |      |  |  |  |  |  |  |  |
|-----|-------|------|--|--|--|--|--|--|--|
|     |       |      |  |  |  |  |  |  |  |
| Tag | Monat | Jahr |  |  |  |  |  |  |  |

  
oder  lfd.

z. B. in einer selbständigen Tätigkeit

Bitte fügen Sie uns einen entsprechenden Nachweis in Kopie bei.

\_\_\_\_\_  
Name der Agentur für Arbeit      \_\_\_\_\_  
Kundenummer

- anderweitig pflichtversichert in der Arbeitslosenversicherung

z. B. Versicherungs-





vom 

|     |       |      |  |  |  |  |  |  |  |
|-----|-------|------|--|--|--|--|--|--|--|
|     |       |      |  |  |  |  |  |  |  |
| Tag | Monat | Jahr |  |  |  |  |  |  |  |

 bis 

|     |       |      |  |  |  |  |  |  |  |
|-----|-------|------|--|--|--|--|--|--|--|
|     |       |      |  |  |  |  |  |  |  |
| Tag | Monat | Jahr |  |  |  |  |  |  |  |

oder  lfd.

Art des Versicherungsverhältnisses \_\_\_\_\_

pflicht durch den Bezug von Kranken-, Verletzten-, Übergangs-, oder Mutterschaftsgeld

Bitte fügen Sie uns einen entsprechenden Nachweis in Kopie bei.

ein Anspruch auf eine Entgeltersatzleistung nach dem SGB III

vom 

|     |       |      |  |  |  |  |  |  |  |
|-----|-------|------|--|--|--|--|--|--|--|
|     |       |      |  |  |  |  |  |  |  |
| Tag | Monat | Jahr |  |  |  |  |  |  |  |

 bis 

|     |       |      |  |  |  |  |  |  |  |
|-----|-------|------|--|--|--|--|--|--|--|
|     |       |      |  |  |  |  |  |  |  |
| Tag | Monat | Jahr |  |  |  |  |  |  |  |

oder  lfd.

z. B. Arbeitslosengeld oder Übergangsgeld

**Hierzu zählen nicht Leistungen nach dem SGB II (Bürgergeld).**

vorgenanntes trifft nicht zu: \_\_\_\_\_

**3.2** Für die Zeit der Pflgetätigkeit besteht ein anderes Versicherungspflichtverhältnis in der Arbeitslosenversicherung:

Nein  Ja \_\_\_\_\_  
Art des Versicherungsverhältnisses

z. B. Versicherungspflicht durch den Bezug von Kranken-, Verletzten-, Übergangs-, oder Mutterschaftsgeld

Bitte fügen Sie uns einen entsprechenden Nachweis in Kopie bei.

**(Wenn ja:** weiter bei Abschnitt C, letzte Seite)

**3.3** Während der Zeit der Pflgetätigkeit beziehe ich eine Entgeltersatzleistung nach dem SGB III:

Nein

Ja, vom 

|     |       |      |  |  |  |  |  |  |  |
|-----|-------|------|--|--|--|--|--|--|--|
|     |       |      |  |  |  |  |  |  |  |
| Tag | Monat | Jahr |  |  |  |  |  |  |  |

 bis 

|     |       |      |  |  |  |  |  |  |  |
|-----|-------|------|--|--|--|--|--|--|--|
|     |       |      |  |  |  |  |  |  |  |
| Tag | Monat | Jahr |  |  |  |  |  |  |  |

oder  lfd.

z. B. Arbeitslosengeld oder Übergangsgeld

**(Wenn ja:** weiter bei Abschnitt C, letzte Seite)

**3.4** Für die Zeit der Pflgetätigkeit erziehe ich ein Kind (leibliches Kind, Adoptiv-, Pflege- oder Stiefkind), das das dritte Lebensjahr noch nicht vollendet hat:

Nein  Ja **(Wenn ja:** weiter bei Abschnitt C)

**3.5** Für mich wurde vom Rentenversicherungsträger eine volle Erwerbsminderung festgestellt:

Nein  Ja, seit dem: 

|     |       |      |  |  |  |  |  |  |  |
|-----|-------|------|--|--|--|--|--|--|--|
|     |       |      |  |  |  |  |  |  |  |
| Tag | Monat | Jahr |  |  |  |  |  |  |  |

Bitte fügen Sie uns den Bescheid der Rentenversicherung über die Anerkennung der vollen Erwerbsminderung in Kopie bei.

**3.6** Mir wurde eine Leistung eines ausländischen Versicherungsträgers bewilligt, die dem Anspruch auf Rente wegen voller Erwerbsminderung der gesetzlichen Rentenversicherung entspricht:

Nein  Ja, seit dem: 

|     |       |      |  |  |  |  |  |  |  |
|-----|-------|------|--|--|--|--|--|--|--|
|     |       |      |  |  |  |  |  |  |  |
| Tag | Monat | Jahr |  |  |  |  |  |  |  |

Bitte fügen Sie uns einen entsprechenden Nachweis in Kopie bei.



---

Damit wir unsere Aufgaben rechtmäßig erfüllen können, ist Ihr Mitwirken erforderlich. Die Daten sind für die Feststellung des Versicherungsverhältnisses zu erheben.

#### **D Erklärung**

Ich bestätige, dass sämtliche Angaben der Wahrheit entsprechen. Ich werde Ihnen unverzüglich Mitteilung geben, wenn ich die o. a. Pflege beende, unterbreche oder wenn sonstige Veränderungen in den Verhältnissen eintreten (z. B. zeitliche Dauer der Pflege, Zubilligung einer Vollrente wegen Alters, Aufnahme einer Erwerbstätigkeit, Versorgung nach Erreichen einer Altersgrenze).

---

Unterschrift der Pflegeperson

---

Ort, Datum

