

# Antrag auf vollstationären Behindertenzuschuss nach § 43 a SGB XI

BKK VerbundPlus  
Zeppelinring 13  
88400 Biberach

BKK  
PFLEGE  
VERSICHERUNG

E-Mail: [info@bkkvp.de](mailto:info@bkkvp.de)  
Haben Sie Fragen?  
Servicehotline: **0800 2 234 987**  
(Anrufe aus dem Inland kostenfrei)

Bitte leserlich in Druckbuchstaben ausfüllen und zurücksenden.

## Persönliche Angaben

Name	Vorname
Straße	PLZ, Ort
Geburtsdatum	Krankenversicherungsnummer

## Die stationäre Pflege erfolgt in

Name der Einrichtung	Tag der Aufnahme
Straße der Einrichtung	PLZ, Ort der Einrichtung

## Zuständiger Leistungsträger (Landratsamt)

Name	Kennziffer
Straße	PLZ, Ort

## Antrag

Hiermit beantrage ich Leistungen der vollstationären Pflege in einer vollstationären Einrichtung der Behindertenhilfe (§ 43 a SGB XI)

Ich entbinde meine behandelnden Ärzte, die betreuenden Pflegepersonen und die Pflegeeinrichtung von Ihrer Schweigepflicht gegenüber der Pflegekasse und dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung, soweit diese Stellen Unterlagen und Auskünfte für die Entscheidung über meinen Antrag auf Pflegeleistungen benötigen. Des Weiteren bin ich damit einverstanden, dass der Antrag an den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung und meine Pflegekasse weitergeleitet wird.

Datum	Unterschrift des Versicherten / Bevollmächtigten
-------	--------------------------------------------------