

Antrag auf Leistungen der IKK-Pflegeversicherung/ Pflegegrad

Die Erhebung der Daten beruht auf §§ 36, 37, 38 und 43 Sozialgesetzbuch XI (SGB XI) und ist zur rechtmäßigen Erfüllung unserer Aufgaben erforderlich. Zur Mitteilung der erfragten Angaben sind Sie nach § 60 SGB I verpflichtet. Die Angabe der Telefon-Nr. sowie die Einwilligung zur Datenerhebung sind freiwillig. Unterbleibt Ihre Mitwirkung, soweit sie nicht freiwillig ist, dürfen wir unsere Leistungen nach § 66 SGB I einschränken.

Name, Vorname der/s Versicherten	Geburtsdatum/KVNR
Anschrift	Telefonnummer

☐ Leistungen bei häuslicher Pflege

- | | |
|---|---------------------------------------|
| ☐ Sachleistungen | ☐ Geldleistung |
| ☐ Kombinationsleistung (Kombination von Sachleistungen und Geldleistungen) | |
| ☐ Die Kombinationsleistung wird in folgendem Verhältnis in Anspruch genommen. *) | |
| _____ % Sachleistung | _____ % Geldleistung |
| ☐ Die Kombination ist an kein Verhältnis gebunden. | |
| ☐ Leistungen zur Unterstützung im Alltag (Pflegesachleistungen werden angerechnet) | |
| ☐ zusätzlicher Entlastungsbetrag | |

IBAN (International Bank Account Number): _____	Geldinstitut:
BIC (Bank Identifier Code): _____	Kontoinhaber:

Die Pflege wird durchgeführt von

Name und Anschrift des Pflegedienstes	
Name und Anschrift der Pflegeperson (bei Geldleistung)	
Verwandtschaftsverhältnis der Pflegeperson:	Tätigkeit der Pflegeperson: ☐ Arbeitnehmer ☐ Rentner ☐ :

Hilfebedarf besteht in Form von

- | | |
|--|--|
| ☐ körperbezogenen Pflegemaßnahmen | ☐ pflegerischen Betreuungsmaßnahmen |
| ☐ Hilfen bei der Haushaltsführung | |

Ich erhalte bereits Leistungen

- | | |
|---|-------------------------------|
| ☐ vom Sozialamt | |
| ☐ von der Unfallversicherung | _____, Aktenzeichen _____ |
| ☐ vom Versorgungsamt | _____, Aktenzeichen _____ |
| ☐ von _____ | ☐ nein |

Ich habe Anspruch auf Beihilfe / Heilfürsorge

- | | |
|---|-------------------------------|
| ☐ ja, Aktenzeichen _____ | ☐ nein |
|---|-------------------------------|

Der behandelnde Arzt ist:

Name und Anschrift des Hausarztes

- ☐ Ich bin damit einverstanden, dass der Medizinische Dienst meine behandelnden Ärzte, insbesondere den Hausarzt, in die Begutachtung zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit einbezieht und ärztliche Auskünfte und Unterlagen über die Begutachtung wichtigen Vorerkrankungen sowie über Art, Umfang und Dauer der Hilfebedürftigkeit einholt.

Datum, Unterschrift der/s Versicherten / Bevollmächtigten

*) Sie haben die Möglichkeit das Verhältnis der Inanspruchnahme von Sach- und Geldleistungen festzulegen (z.B. Sachleistungen 70 % und Geldleistungen 30 %). Bitte beachten Sie dabei, dass Sie an Ihre Wahl grundsätzlich 6 Monate gebunden sind