

Antrag auf Leistungen der IKK-Pflegeversicherung

Name, Vorname der/des Versicherten: _____

Anschrift: _____

Tel.-Nr.: _____

(Bitte geben Sie für eventuelle Fragen eine Telefonnummer
und einen Ansprechpartner an.)

Geburtsdatum: _____

Versichertennummer: _____
_____**Ggf. Betreuer/Bevollmächtigter**

(Bitte fügen Sie die Betreuungsurkunde bzw. eine Vollmacht bei.)

Name, Vorname _____

Anschrift _____
_____Tel.-Nr.: _____

Ich beantrage (bitte ankreuzen)

 Pflegesachleistungen

Die Pflege wird durchgeführt von

Name des Pflegedienstes: _____

Anschrift des Pflegedienstes: _____
_____ **Pflegegeld**

Die Pflege wird durchgeführt von

Name(n) der Pflegeperson(en)
(ggf. auf weiterem Blatt aufführen): _____Anschrift(en) der Pflegeperson(en)
(ggf. auf weiterem Blatt aufführen): _____

Das Pflegegeld bitte ich auf folgendes Konto zu überweisen:

Kontoinhaber: _____

Geldinstitut: _____

Konto-Nr.: _____

BLZ: _____

Name, Vorname, Geb. Datum der/des Versicherten

Kombinationsleistung (Pflegesachleistung und anteiliges Pflegegeld)

Name des Pflegedienstes:

Anschrift des Pflegedienstes:

Zusätzliche Betreuungsleistung bei erheblicher Einschränkung der Alltagskompetenz

Stationäre Pflege

Die Pflege wird durchgeführt von

Name des Pflegeheimes:

Anschrift des Pflegeheimes:

Leistungen der Pflegeversicherung in einer vollstationären Einrichtung der Behindertenhilfe

Name der Einrichtung:

Anschrift:

Ich erhalte bereits Pflegegeld, z. B. von der Unfallversicherung, dem Sozialamt, dem Versorgungsamt (bitte Anerkennungsbescheid beifügen).

Haben Sie nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen Anspruch auf Beihilfe oder Heilfürsorge?

Ja (bitte Anschrift der Beihilfestelle mitteilen)

Nein

Vorversicherungszeiten

Vom _____ bis zum _____ bei (Krankenkasse) _____

Vom _____ bis zum _____ bei (Krankenkasse) _____

Mein behandelnder Arzt ist:

Name des Arztes:

Anschrift des Arztes:

Tel.-Nr.:

Name, Vorname, Geb. Datum der/des Versicherten

Ich bin damit einverstanden, dass mein o. a. Arzt vorhandene ärztliche Berichte, Gutachten und Befunddokumentationen dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) zur Verfügung stellt, soweit sie für die Begutachtung der Pflegebedürftigkeit erforderlich sind.

Sofern von mir eine ausführliche Beratung durch einen regionalen Pflegestützpunkt gewünscht wird, bin ich damit einverstanden, dass diesem die zur konkreten Terminvereinbarung erforderlichen Kontaktdaten übermittelt werden.

Hinweis:

Falls Sie nicht damit einverstanden sind, streichen Sie bitte den entsprechenden Abschnitt durch. Sofern Sie die Einwilligung nicht geben, kann dies zu Nachteilen bei der Leistungserbringung führen (§ 66 SGB I).

Ort, Datum, Unterschrift des Versicherten
bzw. seines Bevollmächtigten

Datenschutzhinweis:

Diese Daten werden nach § 60 SGB I i. V. m. § 94 SGB XI erhoben. Die Angabe der Telefonnummer ist freiwillig.