

Pflegekasse
IKK Südwest
66098 Saarbrücken

Absender

Versichertennummer:

Antrag auf Leistungen der IKK Pflegeversicherung

Telefonnummer/Ansprechpartner: _____
(Bitte geben Sie für eventuelle Fragen Telefonnummer und Ansprechpartner an.)

Ggf. Betreuer/Bevollmächtigter

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

Name, Vorname

Straße, Hausnummer

PLZ Ort

Telefonnummer

Ich beantrage folgende Leistungsart (bitte ankreuzen)

- Pflegesachleistungen** (Pflege durch einen zugelassenen Pflegedienst)
- Pflegegeld** (Pflege durch eine private Pflegeperson)
- Kombinationsleistung** (Pflege durch eine private Pflegeperson und einen zugelassenen Pflegedienst)
- Stationäre Pflege ab** (dauerhafte Pflege in einem Pflegeheim)
- Leistungen der Pflegeversicherung in einer vollstationären Einrichtung der Behindertenhilfe ab**



Name, Vorname: _____

Versichertennummer: _____

Geburtsdatum: | | | | | | | | | |

Die Pflegetätigkeiten werden durchgeführt von:

Private Pflegepersonen

Bitte tragen Sie hier den Namen und die Anschrift der Pflegepersonen sowie deren Telefonnummer bzw. E-Mail-Adresse ein. Bei Platzmangel verwenden Sie bitte ein weiteres Blatt.

Pflegeperson 1:	Pflegeperson 2:
_____ Name, Vorname	_____ Name, Vorname
_____ Straße, Hausnummer	_____ Straße, Hausnummer
 PLZ Ort	 PLZ Ort
_____ Telefonnummer	_____ Telefonnummer
_____ E-Mail	_____ E-Mail

Pflegedienst

Name

Straße, Hausnummer

| | | | | | | | | |
PLZ Ort

Telefonnummer

Pflegeheim **Einrichtung für behinderte Menschen**

Name

Straße, Hausnummer

| | | | | | | | | |
PLZ Ort

Telefonnummer



Name, Vorname: _____

Versichertennummer: _____

Geburtsdatum: | | | | | | | | | |

Zahlung des Pflegegeldes

Name, Vorname des Kontoinhabers

Straße, Hausnummer PLZ Ort

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

IBAN

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

BIC Name des Kreditinstitutes

Ursachen der Pflegebedürftigkeit

(Angabe nur erforderlich, wenn einer der genannten Punkte zutrifft)

Arbeitsunfall/Berufskrankheit Ja

Versorgungsleiden/Kriegsschaden/Wehrdienstschaden Ja

Sonstiger Unfall (z. B. Autounfall) Ja

Ich erhalte bereits Pflegeleistungen von anderen Leistungsträgern
oder habe diese beantragt Ja*
(z. B. Unfallversicherung, Versorgungsamt, Sozialamt)

Name

Straße, Hausnummer PLZ Ort

Aktenzeichen der zuständigen Stelle

* Bitte eine Kopie des Anerkennungsbescheides beifügen

Beihilfeansprüche

Ich habe Ansprüche auf Beihilfe, z. B. als Beamter, Richter,
Berufssoldat oder wegen Bezug einer Beamten-/Witwenpension Ja*

Wenn Ja*

Eigener Beihilfeanspruch

Beihilfeanspruch als Ehepartnerin/
Ehepartner ("berücksichtigungsfähige
Angehörige")

Name der Beihilfestelle

Straße, Hausnummer PLZ Ort

* Bitte fügen Sie den Bescheid Ihrer Beihilfestelle bei



Name, Vorname: _____

Versichertennummer: _____

Geburtsdatum: | | | | | | | | | |

Vorversicherungszeiten

Ansprüche auf Leistungen der Pflegeversicherung haben alle Versicherte, die innerhalb der letzten 10 Jahre mindestens zwei Jahre selbst als Mitglied oder über eine Familienversicherung in der gesetzliche Pflegeversicherung versichert waren.

Falls Sie **noch keine zwei Jahre bei unserer IKK Südwest** versichert sind, geben Sie bitte in der nachstehenden Tabelle Ihre Versicherungszeiten an.

vom | | | | | | | | | | bis zum | | | | | | | | | | bei (Krankenkasse) _____

vom | | | | | | | | | | bis zum | | | | | | | | | | bei (Krankenkasse) _____

Mein behandelnder Arzt

Name des Arztes

Straße, Hausnummer

| | | | | | | | | |
PLZ

Ort

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
Telefonnummer

Ich bin damit einverstanden, dass mein o. a. Arzt vorhandene ärztliche Berichte, Gutachten und Befunddokumentationen dem Medizinischen Dienst (MD) zur Verfügung stellt, soweit sie für die Begutachtung der Pflegebedürftigkeit erforderlich sind (§ 100 SGB X).

Ja Nein

Ich bin damit einverstanden, dass sofern von mir eine ausführliche Beratung nach § 7a SGB XI durch einen regionalen Pflegestützpunkt gewünscht wird, diesem die zur konkreten Terminvereinbarung erforderlichen Kontaktdaten übermittelt werden.

Ja Nein

Ort

| | | | | | | | | |
Datum

Unterschrift der/des Versicherten/Bevollmächtigten

Datenschutzhinweis:

Diese Daten werden zur Erfüllung unserer Aufgaben nach § 94 Abs. 1 SGB XI zum Zwecke der Gewährung von Leistungen der Pflegeversicherung erhoben und verarbeitet. Ihr Mitwirken ist nach § 60 SGB I erforderlich. Fehlende Mitwirkung kann zu Nachteilen bei den Ansprüchen auf Leistungen der Pflegeversicherung führen. Die Angabe der Telefonnummer und E-Mail-Adresse ist freiwillig. Sie dienen der schnellen Kontaktaufnahme bei Rückfragen zu Ihren Angaben.

Weitere Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten finden Sie unter www.ikk-suedwest.de/datenschutzhinweise.

