

Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung bei der Pflegekasse der IKK classic

1. Antragsteller

Name, Vorname

Geburtsdatum

Straße, Hausnummer

PLZ

Ort

Telefonnummer

2. Antragsart

☐ Erstantrag

☐ Antrag auf Änderung der Pflegestufe (Höherstufungsantrag)

☐ Antrag auf Änderung der Pflegeleistung ab: _____

3. Hiermit beantrage ich folgende Leistungen der Pflegeversicherung:

☐ Pflegesachleistung

☐ Pflegegeld

☐ Kombinationsleistung

☐ Tages- oder Nachtpflege

☐ vollstationäre Pflege

☐ Pflege in vollstationärer Einrichtung der Hilfe für behinderte Menschen

☐ zusätzliche Betreuungsleistungen (Grundbetrag)

☐ zusätzliche Betreuungsleistungen (erhöhter Betrag)

Die Pflege wird von meinen Angehörigen/Bekannten durchgeführt.

☐ nein

☐ ja, bitte nachfolgend angeben:

Pflegeperson 1

Name, Vorname

Geburtsdatum

Straße, Hausnummer

PLZ

Ort

Telefonnummer

Pflegeperson 2

Name, Vorname

Geburtsdatum

Straße, Hausnummer

PLZ

Ort

Telefonnummer

Die Pflege wird durch einen ambulanten Pflegedienst/durch ein Pflegeheim/durch eine Behinderteneinrichtung erbracht.

☐ nein ☐ ja, bitte nachfolgend anführen:

Name, Anschrift des ambulanten Pflegedienstes, Pflegeheimes bzw. der Behinderteneinrichtung

Name des Pflegedienstes, Pflegeheimes bzw. der Behinderteneinrichtung

Straße, Hausnummer

PLZ

Ort

Telefonnummer

Ich erhalte bereits Leistungen der Pflegeversicherung von bzw. habe bereits Leistungen der Pflegeversicherung beantragt bei:

Sozialamt	☐ ja*	☐ nein	☐ beantragt
ausländischer Leistungsträger	☐ ja*	☐ nein	☐ beantragt
Unfallversicherungsträger/Versorgungsamt	☐ ja*	☐ nein	☐ beantragt

*) Bitte eine Kopie des Bescheides beifügen.

Ich habe Anspruch auf Beihilfe nach beamtenrechtlichen Vorschriften/Heilfürsorge

☐ nein

☐ ja, da:

☐ ich im öffentlichen Dienst beschäftigt bin/war.

☐ mein Ehepartner/ein Elternteil im öffentlichen Dienst beschäftigt ist/war.

☐ ich eine Hinterbliebenenversorgung aus einem öffentlich-rechtlichen Dienstverhältnis meines Ehepartners/eines Elternteil erhalte.

Das beantragte Pflegegeld soll auf folgendes Konto überwiesen werden:

Name, Vorname Kontoinhaber

Konto-Nr.

BLZ

Name des Geldinstitutes

Angaben zum Hausarzt/behandelnder Arzt

Name des Pflegedienstes, Pflegeheimes bzw. der Behinderteneinrichtung

Straße, Hausnummer

PLZ

Ort

Telefonnummer

Angaben zu einer amtlich bestellten Betreuung/Bevollmächtigten

Die Betreuung wurde bereits beantragt:

☐

ja*

☐

nein

Ich habe einen amtlich bestellten Betreuer/einen Bevollmächtigten:

☐

ja*

☐

nein

*) Bitte eine Kopie des Betreuungsausweises/der Vollmacht beifügen.

Name, Anschrift des Betreuers/des Bevollmächtigten

Name, Vorname

Straße, Hausnummer

PLZ

Ort

Telefonnummer

☐ Ich bitte den MDK, den Begutachtungstermin nicht mit mir, sondern mit meinem Betreuer/meinem Bevollmächtigten abzustimmen.

Einwilligungserklärung gemäß § 18 Abs. 4 SGB XI

Ich bin damit einverstanden, dass der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK)

- meinen Hausarzt/behandelnden Arzt in die Begutachtung einbezieht
- ärztliche Auskünfte und Unterlagen über die für die Begutachtung der Pflegebedürftigkeit wichtigen Vorerkrankungen sowie Art, Umfang und Dauer der Hilfebedürftigkeit einholt und
- die mich pflegenden Angehörigen sowie sonstige Personen und Dienste, die an meiner Pflege beteiligt sind, befragt
- und die IKK classic meine Telefonnummer für Rückfragen und Einholung von Auskünften von den beteiligten Leistungserbringern nutzen können. Diese Angabe ist freiwillig. Ich kann der Nutzung jederzeit bei der IKK classic und beim MDK widersprechen.

Ort, Datum

Unterschrift des Versicherten/Betreuers/Bevollmächtigten

Erklärung

Ich verpflichte mich, jede Änderung der Verhältnisse, die einen Einfluss auf die Leistungen der sozialen Pflegeversicherung haben, unverzüglich der Pflegekasse mitzuteilen. Diese sind z.B. Änderung der Pflegeperson, Umzug in ein Pflegeheim, Hinzunahme eines Pflegedienstes, Änderung der Bankverbindung, Änderung des Gesundheitszustandes (Besserung/Verschlechterung) und Beantragung oder Bezug von Beihilfe- oder Versorgungsleistungen.

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

Ort, Datum

Unterschrift des Versicherten/Betreuers/Bevollmächtigten

Hinweis zum Datenschutz gemäß §67a Abs. 3 SGB XI

Um Ihren Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung bearbeiten zu können, ist Ihr Mitwirken nach § 7 SGB XI i.V.m. § 28 SGB XI und § 60 SGB XI erforderlich. Im vorliegenden Fall sind Ihre Daten nach § 94 SGB XI zu erheben. Kommen Sie Ihrer Mitwirkungspflicht nicht oder nicht im ausreichenden Maße nach, kann dies zu Nachteilen (z.B. bezüglich der Leistungsansprüche nach §§ 36 ff. SGB XI) führen. Ihre Daten werden vertraulich behandelt. Die Angabe der Telefonnummer ist freiwillig.