

Antrag auf Leistungen der IKK Pflegeversicherung

Name, Vorname: _____

Anschrift: _____

Geburtsdatum:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Versichertennummer: _____

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: _____

Geburtsdatum:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Die Pflegeleistungen 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 Straße, Hausnummer PLZ Ort Telefonnummer E-Mail	Name, Vorname Straße, Hausnummer PLZ Ort Telefonnummer E-Mail

☐

Pflegedienst

Name

Straße, Hausnummer

PLZ

Ort

Telefonnummer

☐

Pflegeheim

☐

Einrichtung für behinderte Menschen

Name

Straße, Hausnummer

PLZ

Ort

Telefonnummer

Geburtsdatum:

Name, Vorname des Kontoinhabers

Response	Percentage
Yes, the government should do more to protect the environment	75%
No, the government should not do more to protect the environment	25%

Straße, Hausnummer	PLZ	Ort
--------------------	-----	-----

IBAN

BIC	Name des Kreditinstitutes
-----	---------------------------

(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 ☐ Ja*

oder habe diese beantragt

(z. B. Unfallversicherung, Versorgungsamt, Sozialamt)

Name _____

Age Group	Number of people
15-24	20
25-34	10
35-44	10
45-54	10
55-64	10
65-74	10
75-84	10
85+	20

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, ☐ Ja*

Berufssoldat oder wegen Bezug einer Beamten-/Witwenpension

Wenn Ja*

☐ Eigener Beihilfeanspruch ☐ Beihilfeanspruch als Ehepartnerin/

☐ Beihilfeanspruch als Ehepartnerin/
Ehepartner ("berücksichtigungsfähige
Angehörige")

Name der Beihilfestelle

Age Group	Percentage
18-29	65%
30-39	55%
40-49	50%
50-59	50%
60-69	50%
70-79	50%
80+	65%

Straße, Hausnummer	PLZ	Ort
--------------------	-----	-----

* Bitte fügen Sie den Bescheid Ihrer Beihilfestelle bei

Name, Vorname: _____

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 gesetzlichen 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 _____

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.