IKK Südwest

Absender

_____

_____

_____

Versichertennummer:

Pflegekasse
IKK Südwest
66098 Saarbrücken

ANTWORT

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: _____

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: _____

Geburtsdatum: |_|_|_|_|_|_|_|_|

Zahlung des Pflegegeldes

☐ auf mein eigenes Konto

☐ auf ein anderes Konto

_____

Name, Vorname des Kontoinhabers

_____ |_|_|_|_|_| _____

Straße, Hausnummer PLZ Ort

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

IBAN

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| _____

BIC Name des Kreditinstitutes

Ursachen der Pflegebedürftigkeit

Arbeitsunfall/Berufskrankheit	☐ Nein	☐ Ja
Versorgungsleiden/Kriegsschaden/Wehrdienstschaden	☐ Nein	☐ Ja
Sonstiger Unfall (z. B. Autounfall)	☐ Nein	☐ Ja
Ich erhalte bereits Pflegeleistungen von anderen Leistungsträgern oder habe diese beantragt (z. B. Unfallversicherung, Versorgungsamt, Sozialamt)	☐ Nein	☐ Ja*

_____

Name

_____ |_|_|_|_|_| _____

Straße, Hausnummer PLZ Ort

_____

Aktenzeichen der zuständigen Stelle

* Bitte eine Kopie des Anerkennungsbescheides beifügen

Beihilfeansprüche

Ich habe Ansprüche auf Beihilfe ☐ Nein ☐ Ja*

Wenn Ja*

☐ Eigener Beihilfeanspruch, z. B. als Beamter, Richter, Berufssoldat oder wegen Bezug einer Beamten-/ Witwenpension

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

_____

Name der Beihilfestelle

_____ |_|_|_|_|_| _____

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 gesetzliche Pflegeversicherung versichert waren.

Falls Sie <u>noch keine zwei Jahre bei unserer IKK Südwest</u> 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 der Krankenversicherung (MDK) 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.