

IKK gesund plus  
39092 Magdeburg



### Antrag auf Leistungen der IKK-Pflegeversicherung

Die Erhebung der Daten beruht auf §§ 36 – 43 SGB XI und ist zur rechtmäßigen Erfüllung unserer Aufgaben nach § 94 Abs. 1 SGB XI erforderlich. Zur Mitteilung der erfragten Angaben sind Sie nach § 60 SGB I verpflichtet. Die Angabe der Telefon-Nr. so-wie die Einwilligung zur Datenerhebung sind freiwillig. Unterbleibt Ihre Mitwirkung, soweit sie nicht freiwillig ist, dürfen wir unsere Leistungen nach § 66 SGB I einschränken. Weiterführende Informationen zum Datenschutz, zu Ihren Mitwirkungspflichten sowie die Kontaktdaten des Datenschutzbeauftragten der IKK gesund plus finden Sie auf der Internetseite: [www.ikk-gesundplus.de/dsgvo](http://www.ikk-gesundplus.de/dsgvo). Diese Informationen können Ihnen auf Wunsch selbstverständlich auch gern per Post zugesendet werden.

Name, Vorname der/s Versicherten	Geburtsdatum/KVNR
Anschrift	Telefonnummer

#### Die Pflege soll sichergestellt werden durch die folgende Leistung:

- Sachleistungen  
 Geldleistung  
 Kombinationsleistung (Kombination von Sachleistungen und Geldleistungen)  
 vollstationäre Pflege in stationärer Pflegeeinrichtung

#### Die Zahlung von Geldleistungen soll erfolgen auf

IBAN (International Bank Account Number):	Geldinstitut:
BIC (Bank Identifier Code):	Kontoinhaber:

#### Die Pflege wird durchgeführt von

- Sozialstation oder Pflegedienst (Name und Anschrift des Leistungserbringers)

- Pflegeperson - bei Beantragung von Geld- oder Kombinationsleistung bitte angeben -  
(Name, Anschrift, Geburtsdatum der Pflegeperson(en))

##### 1. Pflegeperson

Geburtsdatum:
Verwandtschaftsverhältnis:
Tätigkeit der Pflegeperson:
<input type="checkbox"/> Arbeitnehmer/in <input type="checkbox"/> Rentner/in <input type="checkbox"/> _____

##### 2. Pflegeperson

Geburtsdatum:
Verwandtschaftsverhältnis:
Tätigkeit der Pflegeperson:
<input type="checkbox"/> Arbeitnehmer/in <input type="checkbox"/> Rentner/in <input type="checkbox"/> _____

- Ich wohne seit/ab \_\_\_\_\_ im Pflegeheim. (Name und Anschrift des Pflegeheims)

**Hilfebedarf besteht in Form von**

- körperbezogenen Pflegemaßnahmen                       pflegerischen Betreuungsmaßnahmen  
 Hilfen bei der Haushaltsführung

**Die Pflegebedürftigkeit ist zurückzuführen auf**

- Arbeitsunfall/Berufskrankheit  
 Versorgungsleiden/Kriegsschaden  
 sonstiger Unfall  
 keine der genannten Ursachen

**Ich erhalte bereits Leistungen**

- vom Sozialamt  
 von der Unfallversicherung \_\_\_\_\_ , Aktenzeichen \_\_\_\_\_  
 vom Versorgungsamt \_\_\_\_\_ , Aktenzeichen \_\_\_\_\_  
 von \_\_\_\_\_  nein

**Ich habe Anspruch auf Beihilfe / Heilfürsorge**

- ja, Aktenzeichen \_\_\_\_\_  nein

**Besteht eine Vollmacht oder eine gesetzliche Betreuung?**

- ja  nein

Falls ja: Bitte tragen Sie den Namen und die Anschrift der Betreuungsperson/der bevollmächtigten Person ein und schicken Sie uns eine Kopie des Betreuungsausweises oder der Vollmacht.

Vorname	Name	Telefonnummer
Straße und Hausnummer		PLZ
Ort		

Der behandelnde Arzt bzw. die behandelnde Ärztin ist:

Name und Anschrift des Hausarztes / der Hausärztin
--

- Ich bin damit einverstanden, dass der Medizinische Dienst meine behandelnden Ärzte, insbesondere den Hausarzt, in die Begutachtung zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit einbezieht und ärztliche Auskünfte und Unterlagen über die Begutachtung wichtigen Vorerkrankungen sowie über Art, Umfang und Dauer der Hilfebedürftigkeit einholt.

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift der/s Versicherten / Bevollmächtigten