

# Antrag auf Leistungen der IKK-Pflegeversicherung / Pflegegrad

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. sowie 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

- Leistungen bei häuslicher Pflege
- Sachleistungen
  Geldleistung
- Kombinationsleistung (Kombination von Sachleistungen und Geldleistungen)
  Die Kombinationsleistung wird in folgendem Verhältnis in Anspruch genommen.\*)
- \_\_\_\_\_ % Sachleistung
 \_\_\_\_\_ % Geldleistung
- Die Kombination ist an kein Verhältnis gebunden.
- Leistungen zur Unterstützung im Alltag (Pfleagesachleistungen werden angerechnet)
- zusätzlicher Entlastungsbetrag

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

## Die Pflege wird durchgeführt von

Name und Anschrift des Pflegedienstes	
Name und Anschrift der Pflegeperson (bei Geldleistung)	
Verwandtschaftsverhältnis der Pflegeperson:	Tätigkeit der Pflegeperson: <input type="checkbox"/> Arbeitnehmer <input type="checkbox"/> Rentner <input type="checkbox"/> :

## Hilfebedarf besteht in Form von

- körperbezogenen Pflegemaßnahmen
  pflegerischen Betreuungsmaßnahmen
- Hilfen bei der Haushaltsführung

## Ich erhalte bereits Leistungen

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

## Ich habe Anspruch auf Beihilfe / Heilfürsorge

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

Der behandelnde Arzt ist:

Name und Anschrift des Hausarztes

- 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

\*) Sie haben die Möglichkeit das Verhältnis der Inanspruchnahme von Sach- und Geldleistungen festzulegen (z.B. Sachleistungen 70 % und Geldleistungen 30 %). Bitte beachten Sie dabei, dass Sie an Ihre Wahl grundsätzlich 6 Monate gebunden sind