

# Antrag auf Leistungen der vollstationären Pflege

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	Pflegeversicherungsnummer
Anschrift	Telefonnummer

Ich beantrage Leistungen der vollstationären Pflege

- in Pflegeheimen  
 in Einrichtungen der Behindertenhilfe

Name und Anschrift des Pflegeheims/der Einrichtung der Behindertenhilfe	Tag der Aufnahme
---	------------------

Die nachfolgenden Angaben sind nur erforderlich, sofern Sie in der Vergangenheit bereits Leistungen der vollstationären Pflege in Anspruch genommen haben. Bitte fügen Sie in diesem Fall Nachweise des Pflegeheims bei.

Name und Anschrift des Pflegeheims	Tag der Aufnahme	Tag der Entlassung

**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/Facharztes
--

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

Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift der/des Pflegebedürftigen bzw. Bevollmächtigten \_\_\_\_\_