

Name	Herkunft	Kategorie	Ausfüllbare Felder	Pflichtangabe	Zweck
Antrag auf Kinderkrankengeld bei Mitaufnahme	<a href="https://www.die-ik.de/leistungen-a-bis-z/klassische-leistungen/kinderkrankengeld">https://www.die-ik.de/leistungen-a-bis-z/klassische-leistungen/kinderkrankengeld</a> Datei: file:///C:/Users/mgruber/Downloads/kikg-antrag_bei_mitaufnahme.pdf	Daten des mitaufgenommenen Elternteils	Name	ja	Angaben zur Identifizierung des Versicherten
			Vorname	ja	
			Versichertennummer	ja	
			Geburtsdatum	ja	
			Straße, Hausnummer	ja	
			PLZ	ja	
			Wohnort	ja	
		Daten des Kindes	Name	ja	Angaben zur eindeutigen Zuordnung, für welches Kind das Kinderkrankengeld beantragt wird
			Vorname	ja	
			Versichertennummer	ja	
			Geburtsdatum	ja	
			Krankenkasse	ja	
		Zeitraum der stationären Mitaufnahme	Vom / Am	ja	Leistungszeitraum bestimmen
			Bis einschließlich	ja	
			Vom / Am	ja	
			Bis einschließlich	ja	
			Vom / Am	ja	
		Grund für die Behandlung	Die stationäre Behandlung meines Kindes ist / war Folge (Zutreffendes ankreuzen)	ja	Prüfung der Zuständigkeit
		Kontoangaben	Kontoinhaber(in)	ja	Eindeutige Bankverbindung für Krankengeldzahlung notwendig / ggf. Aktualisierung der Daten
IBAN	ja				
BIC	ja				
Unterschriftenfeld	Datum	ja	Nötig für die Rechtsgültigkeit des Schreibens		
	Unterschrift	ja			
	Telefonnummer	nein			
Bescheinigung der stationären Einrichtung über die medizinisch notwendige Mitaufnahme nach § 45 Abs. 1a SGB V zur Vorlage bei der Krankenkasse	<a href="https://www.die-ik.de/leistungen-a-bis-z/klassische-leistungen/kinderkrankengeld">https://www.die-ik.de/leistungen-a-bis-z/klassische-leistungen/kinderkrankengeld</a> Datei: file:///C:/Users/mgruber/Downloads/bescheinigung_stationaere_einrichtung_ausfuellbar_202408.pdf	Daten des Kindes	Name	ja	Angaben zur eindeutigen Zuordnung, für welches Kind das Kinderkrankengeld beantragt wird
			Vorname	ja	
			Geburtsdatum	ja	
			Straße, Hausnummer	ja	
			Wohnort	ja	
			PLZ	ja	
			Krankenversicherungsnummer	ja	
			Krankenkasse	ja	
		Zeitraum der stationären Behandlung	Vom / Am	ja	Leistungszeitraum bestimmen
			Bis einschließlich	ja	
			Vom / Am	ja	
			Bis einschließlich	ja	
			Vom / Am	ja	
			Vom / Am	ja	

			Bis einschließlich	ja	
		Daten des mitaufgenommenen Elternteils	Name des Elternteils	ja	Angaben zur Identifizierung des Versicherten
			Vorname des Elternteils	ja	
			Geburtsdatum des Elternteils	ja	
		Medizinische Notwendigkeit	Die Mitaufnahme ist / war aus medizinischen Gründen erforderlich (Zutreffendes Ankreuzen)	ja	Prüfung der Voraussetzungen
		Grund für die Behandlung	Die stationäre Behandlung ist / war erforderlich aufgrund eines/einer (Zutreffendes ankreuzen)	nein	Prüfung der Zuständigkeit
		Kostenträger	Kostenträger der stationären Behandlung	nein	
		Unterschriftenfeld	Datum	ja	Nötig für die Rechtsgültigkeit des Schreibens
			Stempel der stationären Einrichtung	ja	
			Unterschrift d. Stationsärztin/-arztes	ja	
Antrag auf Befreiung von den Zuzahlungen	Seite: <a href="https://www.die-ik.de/leistungen-a-bis-z/klassische-leistungen/zuzahlung-und-befreiung">https://www.die-ik.de/leistungen-a-bis-z/klassische-leistungen/zuzahlung-und-befreiung</a>  Datei: file:///C:/Users/mgruber/Downloads/ikk-innokasse_befreiung_zuzahlung_haertefallantrag_202309-1.pdf	Antragsjahr	Jahr	ja	Angabe zum Leistungszeitraum
		Absenderangaben	Name	ja	Angaben zur Identifizierung des Versicherten
			Vorname	ja	
			Geburtsdatum	ja	
			KV-Nummer	ja	
			Straße	ja	
			Haus-Nr	ja	
			PLZ	ja	
			Ort	ja	
			Familienstand	ja	
		Telefonnummer	ja		
		Kontoangaben	IBAN	ja	Eindeutige Bankverbindung für Zahlung notwendig / ggf. Aktualisierung der Daten
			BIC	ja	
Geldinstitut	ja				
Fragen zur Leistungsbeziehung	Zum Ankreuzen	ja	Angaben zur Prüfung auf Leistung		
Berücksichtigungsfähige Angehörige	Berücksichtigungsfähige Personen	ja			
Versicherungsnummer	KV-Nr.	ja	Eindeutige Zuordnung des Antrags auf einen Versicherten		
Einnahmen zum Lebensunterhalt	Angaben zu Ausfüllen in der Tabelle (Arbeitsentgelt,	ja	Angaben zur Prüfung auf Leistung		

		Unterschriftenfeld	Ort	ja	Nötig für die Rechtsgültigkeit des Schreibens
			Datum	ja	
			Unterschrift	ja	
Antrag auf Gewährung eines doppelten Festzuschusses für Zahnersatz	Seite: <a href="https://www.die-ik.de/leistungen-a-bis-z/klassische-leistungen/zuzahlung-und-befreiung">https://www.die-ik.de/leistungen-a-bis-z/klassische-leistungen/zuzahlung-und-befreiung</a>  Datei: <a href="file:///C:/Users/mgruber/Downloads/ikk-innokasse_doppelter_festzuschuss_zahnersatz_haert_efallantrag_202309-1.pdf">file:///C:/Users/mgruber/Downloads/ikk-innokasse_doppelter_festzuschuss_zahnersatz_haert_efallantrag_202309-1.pdf</a>	Absenderangaben	Name	ja	Angaben zur Identifizierung des Versicherten
			Vorname	ja	
			Geburtsdatum	ja	
			KV-Nummer	ja	
			Straße	ja	
			Haus-Nr	ja	
			PLZ	ja	
			Ort	ja	
			Familienstand	ja	
		Telefonnummer	ja		
		Kontoangaben	IBAN	ja	Eindeutige Bankverbindung für Zahlung notwendig / ggf. Aktualisierung der Daten
			BIC	ja	
			Geldinstitut	ja	
Fragen zur Leistungsbeziehung	Zum Ankreuzen	ja	Angaben zur Prüfung auf Leistung		
Berücksichtigungsfähige Angehörige	Berücksichtigungsfähige Personen	ja			
Versicherungsnummer	KV-Nr.	ja	Eindeutige Zuordnung des		
Einnahmen zum Lebensunterhalt	Angaben zu Ausfüllen in der Tabelle (Arbeitsentgelt, Arbeitseinkommen, Renten/Pensionen/u.a., Erträge, Entgeltersatzleistungen, Sonstiges)	ja	Angaben zur Prüfung auf Leistung		
Unterschriftenfeld	Ort	ja	Nötig für die Rechtsgültigkeit des Schreibens		
	Datum	ja			
	Unterschrift	ja			
Mitgliedschaftserklärung zum Ausfüllen am Bildschirm	Seite: <a href="https://www.die-ik.de/leistungen-a-bis-z/familie/familienversicherung">https://www.die-ik.de/leistungen-a-bis-z/familie/familienversicherung</a> <a href="https://www.die-ik.de/mitglied-werden/familienversicherung">https://www.die-ik.de/mitglied-werden/familienversicherung</a> <a href="https://www.die-ik.de/mitglied-werden/mitgliedschaft-fuer-azubis">https://www.die-ik.de/mitglied-werden/mitgliedschaft-fuer-azubis</a> <a href="https://www.die-ik.de/versicherten-service/online-services/formular-download">https://www.die-ik.de/versicherten-service/online-services/formular-download</a>  Datei:	Beginn der Mitgliedschaft	Datum	ja	Versicherungsbeginn
		Persönliche Daten	Name, Vorname	ja	Notwendig zur Aufnahme des Versicherten
			Geburtsname	ja	
			Geburtsdatum	ja	
			Geburtsort	ja	
			Staatsangehörigkeit	ja	
			Straße, Hausnummer	ja	
			PLZ, Wohnort	ja	
			Geschlecht zum Ankreuzen	ja	
			Familienstand	ja	
			E-Mail	nein	

file:///C:/Users/mgruber/Downloads/ikk\_mitgliedschaft  
 serklaerung\_02-2023\_ausfuellbar.pdf

	Telefon	nein	
	Rentenversicherungsnummer	nein	
	Noch keine RV-Nr. vorhanden	nein	
	Versichertennummer	ja	
	Steueridentifikationsnummer	ja	
Angaben zum Versicherungsschutz	Ich bin (zum Ankreuzen)	ja	
	Name des Arbeitgebers /	ja	
	Starße, Hausnummer	ja	
	PLZ, Wohnort	ja	
	Telefon / Ansprechpartner	nein	
	Arbeitgeberbetriebsnummer / Kundennummer Arbeitsagentur	ja	
	beschäftigt / arbeitslos seit	ja	
	mtl. Bruttoentgelt (EUR)	ja	
	selbstständig Erwerbstätige/r ab	ja	
	Stelbständig als Zum Ankreuzen	nein nein	
Angaben zur Vorversicherung	bisher versichert als (zum Ankreuzen)	ja	Zwecks Klärung von Vorversicherungszeiten, bei PKV zur Prüfung, ob ein Wechsel in die GKV möglich ist.
	von / bis	ja	
	Name der Vorversicherung	ja	
	Zuzug aus dem Ausland	nein	
	Statuswechsel	ja	
Angaben bei Studenten	Studium ab	nein	Notwendige Angaben bei Studentenversicherung
	Hochschule / Fachschule	nein	
	Beantragung mt. Beitragszahlung	nein	
Weitere Angaben	Ich habe (zum ankreuzen)	nein	Weitere Angaben zum Versicherungsschutz
Pflegeversicherung	Befreiung	nein	
Opt-in	persönlich	nein	Kontakterlaubnis zu Werbezwecken
	schriftlich		
	telefonisch		
	per SMS		
	E-Mail		
Unterschriftenfeld	Ort/Datum	ja	Nötig für die Rechtsgültigkeit des Schreibens
	Unterschrift	ja	
Daten des Vertriebspartners	Vertriebspartner	nein	Ggf. zur Zuordnung des Vertriebspartners
	PLZ, Standort	nein	
	Vp-Nr.	nein	
	ext. VK	nein	

Fragebogen für die Aufnahme in die Familienversicherung zum Ausfüllen am Bildschirm	Seite: <a href="https://www.die-ik.de/leistungen-a-bis-z/familie/familienversicherung">https://www.die-ik.de/leistungen-a-bis-z/familie/familienversicherung</a> <a href="https://www.die-ik.de/mitglied-werden/familienversicherung">https://www.die-ik.de/mitglied-werden/familienversicherung</a> <a href="https://www.die-ik.de/mitglied-werden/studentenversicherung">https://www.die-ik.de/mitglied-werden/studentenversicherung</a> <a href="https://www.die-ik.de/mitglied-werden/gefluechtete/familie/familienversicherung">https://www.die-ik.de/mitglied-werden/gefluechtete/familie/familienversicherung</a> <a href="https://www.die-ik.de/mitglied-werden/gefluechtete/familie-russisch/familienversicherung-russisch">https://www.die-ik.de/mitglied-werden/gefluechtete/familie-russisch/familienversicherung-russisch</a> <a href="https://www.die-ik.de/mitglied-werden/gefluechtete/familie-deutsch/familienversicherung-deutsch">https://www.die-ik.de/mitglied-werden/gefluechtete/familie-deutsch/familienversicherung-deutsch</a> <a href="https://www.die-ik.de/versicherten-service/online-services/formular-download">https://www.die-ik.de/versicherten-service/online-services/formular-download</a>  Datei: file:///C:/Users/mgruber/Downloads/familienbogen_aufnahme_02-2023_ausfuellbar-3.pdf	Angaben zum Stammversicherten	Vorname, Name des Mitglieds	ja	Angaben zur Identifizierung des Versicherten	
			Geburtsdatum des Mitglieds	ja		
			KV-Nummer	ja		
			Allgemeine Angaben des Mitglieds	Art der Versicherung	ja	Dient zur Feststellung, ob die Familienversicherung für Angehörige möglich ist
			Bisherige Krankenkasse	ja		
			Familienstand	ja		
			Anlass für die Familienversicherung	ja		
			Beginn der Familienversicherung	ja		
			Telefonnummer	nein		
			E-Mailadresse	nein	Erfassung/Aktualisierung von Kontaktdaten für ggf.	
			Allgemeine Angaben zu Familienangehörigen	Name	ja	Erforderlich zur Prüfung, ob eine Aufnahme in die Familienversicherung möglich ist
			Vorname	ja		
			Geschlecht zum Ankreuzen	ja		
			Geburtsdatum	ja		
			ggf. vom mitglied abweichende Anschrift	ja		
			Verwandtschaftsverhältnis des Mitglieds zum Kind	ja		
			Ist Ihr Ehegatte mit dem Kind verwandt?	ja		
			Angaben zur letzten bisherigen oder zur weiter bestehenden Versicherung der Familienangehörigen	Vorname	ja	Erforderlich zur Prüfung, ob eine Aufnahme oder Verbleib in der Familienversicherung möglich ist
			Die bisherige Versicherung endete am	ja		
			Die bisherige Versicherung bestand bei	ja		
	Art der bisherigen Krankenversicherung	ja				
	Sofern zuletzt eine Familienversicherung bestand, Name und Vorname der Person, aus deren Mitgliedschaft die Familienversicherung abgeleitet wurde	ja				
	Die bisherige Versicherung besteht weiter bei	ja				
	Sonstigen Angaben zu Familienabgehörigen	Selbstständige Tätigkeit liegt vor	nein	Erforderlich zur Prüfung, ob eine Aufnahme oder Verbleib in der Familienversicherung möglich ist		
		Gewinn aus selbstständiger Tätigkeit (monatlich)	ja			

			Bruttoarbeitsentgelt aus geringfügiger Beschäftigung (monatlich)	ja	
			Gesetzliche Rente, Versorgungsbezüge, Betriebsrente, ausländische Rente, sonstige Renten (monatlicher Zahlbetrag)	ja	
			Sonstige regelmäßige monatliche Einkünfte im Sinne des Einkommensteuerrechts	ja	
			Art der Einkünfte	nein	
			Wehrdienst oder gesetzlich geregelter Freiwilligendienst	nein	
			Schulbesuch/Studium	nein	
			Bei Studium bitte Name der Hochschule angeben	nein	
		Angaben zur Vergabe einer Krankenversicherungsnummer für familienversicherte Angehörige	Eigene Rentenversicherungs-	nein	Angaben zur Identifikation des
			Geburtsname	nein	Angaben zur Ermittlung der
			Geburtsort	nein	Rentenversicherungsnummer
			Geburtsland	nein	
			Staatsangehörigkeit	nein	
		Unterschriftenfeld	Ort/Datum	ja	Nötig für die Rechtsgültigkeit
			Unterschrift des Mitglieds	ja	des Schreibens
			ggf. Unterschrift des Familienangehörigen	nein	
Teilnahmeerklärung Krankengekd 15)	Seite: <a href="https://www.die-ik.de/leistungen-a-bis-z/wahltarife/krankengeld-15">https://www.die-ik.de/leistungen-a-bis-z/wahltarife/krankengeld-15</a>  Datei: file:///C:/Users/mgruber/Downloads/teilnehmerklaerung_kg15_sepa_dauer_ausfuellbar_202302.pdf	Datum	Datum	ja	Versicherungsbeginn
		Versichertendaten	Vorname	ja	Angaben zur Identifikation des Absenders durch Empfänger
			Name	ja	
			Straße, Hausnummer	ja	
			PLZ, Wohnort	ja	
			Krankenversicherungsnummer	ja	
			Geburtsdatum	ja	
			E-Mail-Adresse	nein	
		Telefon	nein		
		Zustimmung SEPA-Mandat	monatlicher Einzug mittels SEPA-Lastschrift	ja	Wahltarif ist nur mit SEPA-Mandat möglich
			SEPA-Lastschrift für monatlichen Kranken- und Pflegekassenbeiträge	nein	

		Unterschriftenfeld	Ort, Datum	ja	Nötig für die Rechtsgültigkeit des Schreibens
			Unterschrift des Versicherten	ja	
		SEPA-Lastschriftmandat	Mandatsreferenz (Krankenversicherungsnummer)	nein	Angaben zur Identifikation des Absenders durch Empfänger
			Vorname	ja	Nötig für die Rechtsgültigkeit des Mandats
			Name	ja	
			Straße, Hausnummer	ja	
			PLZ, Wohnort	ja	
			IBAN	ja	
			BIC (SWIFT-Code)	ja	
			Name Kreditinstitut	ja	
		Unterschriftenfeld	Ort, Datum	ja	Nötig für die Rechtsgültigkeit des Schreibens
			Unterschrift des Versicherten	ja	
Antrag auf Leistungen der IK Pflegeversicherung	Seite: <a href="https://www.die-ik.de/leistungen/pflegeversicherung">https://www.die-ik.de/leistungen/pflegeversicherung</a> <a href="https://www.die-ik.de/leistungen/pflegeversicherung/pflegeberatung">https://www.die-ik.de/leistungen/pflegeversicherung/pflegeberatung</a> <a href="https://www.die-ik.de/versicherten-service/pflegeberatung">https://www.die-ik.de/versicherten-service/pflegeberatung</a> <a href="https://www.die-ik.de/ratgeber-gesundheit/pflegeberatung">https://www.die-ik.de/ratgeber-gesundheit/pflegeberatung</a>  Datei: <a href="https://www.die-ik.de/fileadmin/user_upload/leistungen_a_bis_z/pflegeversicherung/antrag_leistungen_ikk-innokasse_pv_ausfuellbar_092022.pdf">https://www.die-ik.de/fileadmin/user_upload/leistungen_a_bis_z/pflegeversicherung/antrag_leistungen_ikk-innokasse_pv_ausfuellbar_092022.pdf</a>	Persönliche Daten	Nachname, Vorname	ja	Angaben zur Identifizierung des Versicherten
			Geburtsdatum	ja	
			Anschrift	ja	
			KV-Nr.	ja	
			Telefonnummer	ja	
		Art des Antrages	Erstantrag	nein	Feststellung der Leistung
			Höherstufungsantrag	nein	
			Grund zum Höherstufungsantrag	nein	
			Änderung der Pflegeleistung ab	nein	
		Ambulante Pflegeleistungen	Pflegesachleistungen	nein	Feststellung der Leistung
			Pflegegeld	nein	
			Kombinationsleistung	nein	
		Angaben Pflegeperson(en)	Nachname, Vorname	nein	Angaben zum Leistungserbringer
			Telefonnummer	nein	
			Anschrift	nein	
			Pflegedienst	nein	
		zusätzliche teilstationäre Pflegeleistung	Tages- oder Nachtpflege	nein	Angaben zum Leistungserbringer
			Name und Anschrift der Einrichtung	nein	
		Stationäre Pflegeleistungen	vollstationäre Pflege	nein	Angaben zum Leistungserbringer und Leistungshöhe
Name und Anschrift des Pflegeheims	nein				
Einrichtung für Hilfe für Menschen mit Behinderungen	nein				
Name und Anschrift der Einrichtung	nein				

			aktuelle Pflegeleistungen	nein	
			Pflegebedürftigkeit beruht auf einen Unfall	nein	
			Anspruch auf Beihilfe / Freie Heilfürsorge	nein	
			Name und Anschrift der Festsetzungsstelle	nein	
		Arzt	Name, Anschrift des Arztes	ja	Unterlagen / Rücksprache für MDK-Gutachter
		Betreuer / Bevollmächtigte	Betreuer	ja	Ansprechpartner
			Bevollmächtigte	ja	
			Name, Vorname des Betreuers / Bevollmächtigten	nein	
			Anschrift es Betreuers / Bevollmächtigten	nein	
			Telefonnummer es Betreuers / Bevollmächtigten	nein	
		Kontoangaben	Kontoinhaber	ja	Eindeutige Bankverbindung für Überweisung des Pflegegeldes notwendig / ggf. Aktualisierung der Daten
			IBAN	ja	
			Geldinstitut	ja	
			BIC	ja	
		Unterschriftenfeld	Ort, Datum	ja	Nötig für die Rechtsgültigkeit des Schreibens
			Unterschrift	ja	
Antrag auf Verhinderungs- oder Kurzzeitpflege	Seite: <a href="https://www.die-ik.de/leistungen-a-bis-z/pflege/pflegeversicherung">https://www.die-ik.de/leistungen-a-bis-z/pflege/pflegeversicherung</a> <a href="https://www.die-ik.de/leistungen-a-bis-z/pflege/formular-download">https://www.die-ik.de/leistungen-a-bis-z/pflege/formular-download</a>  Datei: file:///C:/Users/mgruber/Downloads/antrag_verhinderungs_oder_kurzzeitpflege_ausfuellbar.pdf	Versichertendaten	KV-Nummer	ja	Angaben zur Identifizierung des Versicherten
			Name	ja	
			Vorname	ja	
			Geburtsdatum	ja	
			Telefon-Nr.	ja	
			Straße, Hausnummer	ja	
			PLZ, Wohnort	ja	
		beantragter Zeitraum	Zeitraum vom bis	ja	Leistungszeitraum bestimmen
		Grund der Verhinderungs- und kurzzeitpflege	Krankheit der Pflegeperson	nein	Angaben zur stundenweise oder tageweise Pflege-Anagen werden zur Berechnung des Pflegegeldes benötigt.
			Erholungsurlaub der Pflegeperson	nein	
			Entlastung / Verhinderung der Pflegeperson (weniger als 8 Stunden täglich)	nein	
			Entlastung / Verhinderung der Pflegeperson (täglich 8 Stunden oder mehr)	nein	



		Erhöhung des Zuschusses zu Lasten der jeweils anderen Leistung	Ja, ich wünsche eine Erhöhung meines Zuschusses zu Lasten der jeweils anderen Leistung	nein	Option zur Erhöhung der finanziellen Mittel der jeweiligen Leistung durch Reduzierung der anderen Leistung.
			Nein, ich wünsche keine Erhöhung meines Zuschusses zu Lasten der jeweils anderen Leistung.	nein	
		Die Verhinderungs- und Kurzzeitpflege erfolgt durch	Eine Privatperson	nein	Angaben zum Leistungserbringer bei einer Privatperson.
			name der Ersatzpflegeperson	nein	
			Anschrift, Telefonnummer der Ersatzpflegeperson	nein	
			KV-Nummer und Krankenkasse der Ersatzpflegeperson	nein	
			Geburtsdatum der Ersatzpflegeperson	nein	
			Geschlecht	nein	
		Die Ersatzkraft ist mein/meine (zutreffendes ankreuzen)	nein	Angaben zur Berechnung des Budgets der Verhinderungspflege in dem angegebenen Zeitraum	
		Verhältnis zu der Ersatzpflegekraft	nein		
		Gemeinsamer Haushalt liegt vor	nein		
		Einen Pflegedienst	nein	Angaben zum Leistungserbringer bei Inanspruchnahme eines Pflegedienstes.	
		Name des Pflegedienstes	nein		
		Anschrift, Telefonnummer des Pflegedienstes	nein		
		Eine stationäre	nein	Angaben zum Leistungserbringer bei Inanspruchnahme einer	
Name der Einrichtung	nein				
Anschrift, Telefonnummer der	nein				
Unterschriftenfeld		Datum, Unterschrift des / der Pflegebedürftigen bzw. seines / ihres Bevollmächtigten	ja	Nötig für die Rechtsgültigkeit des Schreibens	
			Telefonnummer für Rückfragen		ja
			Datum, Unterschrift der Ersatzkraft		ja
Abrechnung der stundenweisen Verhinderungspflege	Seite: <a href="https://www.die-ik.de/leistungen-a-bis-z/pflege/pflegeversicherung">https://www.die-ik.de/leistungen-a-bis-z/pflege/pflegeversicherung</a> <a href="https://www.die-ik.de/leistungen-a-bis-z/pflege/formular-download">https://www.die-ik.de/leistungen-a-bis-z/pflege/formular-download</a>	Versichertendaten	Name	ja	Angaben zur Identifizierung des Versicherten
			Vorname	ja	
			Geburtsdatum	ja	
			KV-Nummer	ja	
		Angaben zur		Name	ja

Datei:  
file:///C:/Users/mgruber/Downloads/abrechnung\_verhi  
nderungspflege\_ausfuellbar\_23052024.pdf

Ersatzpflegeperson	Vorname	ja	Leistungserbringer
	Geburtsdatum	ja	
	KV-Nummer	ja	
	Anschrift	ja	
Verhältnis zum Leistungserbringer	Ist die Ersatzpflegeperson mit dem Pflegebedürftigen bis zum zweiten Grad verwandt oder verschwägert ?	ja	Angaben zur Berechnung des Budgets der Verhinderungspflege in dem angegebenen Zeitraum
	Leben Sie mit Ihrer Ersatzpflegeperson in einem gemeinsamen Haushalt?	ja	
Zusätzlich angefallene Kosten	Die stundenweise Verhinderungspflege erfolgte am, von, bis, Stunden	ja	Angaben zur Berechnung der Verhinderungspflege
	Pflegestunden (gesamt)	ja	
	Zu einem Stundensatz	ja	
	Betrag für pflegerische Aufwände (Stunden x Stundensatz)	ja	
Zusätzlich anfallende Kosten	Anz. Fahrten	nein	
	gefahrte km	nein	
	Fahrkosten PKW gesamt	nein	
	Fahrkosten öffentliche Verkehrsmittel	nein	
Kontoangaben	Verdienstausschluss	nein	Eindeutige Bankverbindung für Überweisung des Pflegegeldes notwendig / ggf. Aktualisierung der Daten
	Kontoinhaber/in	nein	
	IBAN	nein	
	Kontoinhaber/in	nein	
Nachricht	IBAN	nein	Weiterführende Informationen zu Sachverhalt
	Anmerkungen, Angabe für Rückfragen, Telefonnummer	Nein	
Unterschriftenfeld	Datum	ja	Nötig für die Rechtsgültigkeit des Schreibens
	Unterschrift der Ersatzpflegekraft	ja	
	Datum	ja	
	Raum für Anmerkungen, Angabe für Rückfragen, Telefonnummer: Unterschrift der Ersatzpflegekraft Unterschrift der/des Pflegebedürftigen/ Bevollmächtigten	ja	

Teilnahmebescheinigung für externer Präventionskurse	Seite: <a href="https://www.die-ik.de/leistungen/vorsorgeleistungen/praeventionskurse">https://www.die-ik.de/leistungen/vorsorgeleistungen/praeventionskurse</a> <a href="https://www.die-ik.de/versicherten-service/online-services/formular-download">https://www.die-ik.de/versicherten-service/online-services/formular-download</a> <a href="https://www.die-ik.de/ratgeber-gesundheit/gesundheitsleistungen/praeventionskurse">https://www.die-ik.de/ratgeber-gesundheit/gesundheitsleistungen/praeventionskurse</a>  Datei: file:///C:/Users/mgruber/Downloads/Formular_leitfaden_praevention.pdf	Angaben zum Präventionskurs	Anrede	ja	Angaben zur Kurskennung über die ZPP, Überprüfung ob der Kurs beim ZPP aufgelistet ist.		
			Name des Präventionskurses	ja			
			Zeitraum	ja			
			Anzahl der teilgenommenen Kurseinheiten	ja			
			Anzahl der angebotenen Kurseinheiten	ja			
			Dauer der einzelnen Kurseinheiten	ja			
			Präventionsprinzip	Zum Ankreuzen	ja		
			Kursleiter	Name, Vorname	ja		
			Kurs-ID	Datenbank der ZPP	ja		
			Gebühr	Gebühr für den Kurs	ja	Erstattung	
		Unterschriftenfeld für den Anbieter	Ort	Ort	ja	Nötig für die Rechtsgültigkeit des Schreibens	
				Datum	ja		
				Unterschrift des Anbieters	ja		
		Antrag auf Besuchssung	Name des Versicherten	Vorname des Versicherten	ja	Angaben zur Identifizierung des Versicherten	
				Geburtsdatum des Versicherten	ja		
				Versichertennummer	ja		
				Name des Anbieters	Vorname des Anbieters	ja	Kursleitung und Anbieter können von einander abweichen
					Adresse des Anbieters	ja	
					Telefonnummer des Anbieters	ja	
					E-Mailadresse des Anbieters	ja	
Kontoangaben	IBAN	IBAN	ja	Eindeutige Bankverbindung zur Erstattung der Kurskosten notwendig / ggf. Aktualisierung			
		BIC	ja				
		Bank	ja				
Unterschriftenfeld	Ort	Ort	ja	Nötig für die Rechtsgültigkeit des Schreibens			
		Datum	ja				
		Unterschrift des Versicherten	ja				
Erklärung zur Versicherungspflicht als Student	Seite: <a href="https://www.die-ik.de/versicherten-service/online-services/formular-download">https://www.die-ik.de/versicherten-service/online-services/formular-download</a>  Datei: file:///C:/Users/mgruber/Downloads/erklaerung_zur_studentischen_krankenversicherung_2023-1.pdf	Beginn der Mitgliedschaft	Erklärung zur studentischen Krankenversicherung ab	ja	Versicherungsbeginn		
		Persönliche Daten	Vorname, Name	ja	Notwendig zur Aufnahme des Versicherten		
Geburtsname	ja						
Geburtsdatum	ja						
Geburtsort	ja						
Staatsangehörigkeit	ja						
Geschlecht	ja						
Straße, Hausnummer	ja						
PLZ, Wohnort	ja						
Familienstand	ja						

			Telefon	nein	
			E-Mail	nein	
			Rentenversicherungsnummer	nein	
			Noch keine RV-Nr. vorhanden	nein	
		Vorversicherung	vom	ja	Zwecks Klärung von Vorversicherungszeiten, bei PKV zur Prüfung, ob ein
			bis	ja	
			Name der Krankenkasse	ja	
		Versicherungsgrund	Aufnahme des Studiums	nein	Feststellung zur Versicherungspflicht der Studenten
			Krankenkassenwechsel	nein	
			Ende der Familienversicherung	nein	
		Derzeitige Tätigkeit	Beschreibung	ja	Prüfung, ob eine studentische Versicherung eintritt
			Seit / ab	ja	
		Semesteranschrift	Straße, Hausnummer		Zwecks schriftlicher Erreichbarkeit
			PLZ, Wohnort		
		Angaben zum Studium	Name und Anschrift der Hochschule	ja	Zum maschinellen Meldeverfahren an die Hochschule
			Studiumbeginn	ja	
			aktuelles Fachsemester	ja	
		Einkünfte	Selbstst. Tätigkeit oder Gewerbe	ja	Prüfung, ob eine studentische Versicherung eintritt
			Abhängige Beschäftigung	ja	
			Renten und rentenähnliche Einkünfte	ja	
			Sonstige Einnahmen	ja	
		Einwilligung zur Meldung der Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge	Bestätigung zur Einwilligung zur Meldung der Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge	ja	Gesetzliche Vorgaben
			Steuerliche Identifikationsnummer	ja	
		Zahlung der Beiträge	Einwilligung SEPA-Lastschrift	ja	Beitragszahlung
		Einwilligungserklärung	Einwilligung zur Kontaktaufnahme		Gesetzliche Vorschrift zur Kontaktaufnahme
		Unterschriftenfeld	Ort, Datum	ja	Nötig für die Rechtsgültigkeit des Schreibens
			Unterschrift des Versicherten	ja	
Antrag zur freiwilligen Krankenversicherung	Seite: <a href="https://www.die-ik.de/versicherten-service/online-services/formular-download">https://www.die-ik.de/versicherten-service/online-services/formular-download</a>  Datei: <a href="file:///C:/Users/mgruber/Downloads/antrag_me_freiwillige_mitgliedschaft_sepa_innokasse_202302.pdf">file:///C:/Users/mgruber/Downloads/antrag_me_freiwillige_mitgliedschaft_sepa_innokasse_202302.pdf</a>	Persönliche Daten	Name	ja	Notwendig zur Aufnahme des Versicherten
			Vornamen(n)	ja	
			Geburtsname	ja	
			Geburtsdatum	ja	
			Geburtsort	ja	
			Staatsangehörigkeit	ja	
			Straße, Hausnummer	ja	
			PLZ, Wohnort	ja	
			RV-Nummer	ja	

	Geschlecht	ja	
	Familienstand	ja	
	Telefon	nein	
	E-Mail	nein	
Versicherung des Ehegatten / Lebenspartners	private Krankenversicherung	nein	Aus Beitragsberechnungsgründen und Prüfung der Familienversicherungsansprüche.
	gesetzliche Krankenversicherung	nein	
Kinder / Stiefkinder	Anzahl der Kinder	ja	
Versicherungsgrund	Ende der Pflichtmitgliedschaft	nein	Notwendig zur Aufnahme des Versicherten
	Krankenkassenwechsel	nein	
	Ende der Familienversicherung	nein	
Derzeitige Tätigkeit	Beschreibung	ja	
	seit / ab	ja	
Vorversicherung	vom	ja	Zwecks Klärung von Vorversicherungszeiten, bei PKV zur Prüfung, ob ein
	bis	ja	
	Name der Krankenkasse	ja	
Einkünfte	Einkünfte übersteigen die Beitragsbemessungsgrenze	ja	Angaben zur Berechnung der Beiträge
	Eigene Einkünfte	ja	
	Ehegatteneinkünfte	ja	
Krankengeldanspruch	Gesetzlicher Krankengeld-Anspruch	nein	Wahl zum Krankengeldanspruch
	Beratungswunsch zum Wahltarif KG 15	nein	
Zahlung der Beiträge	SEPA-Lastschrift	nein	Wahl zur Beitragszahlung
	Vom Arbeitgeber	nein	
	Per Überweisung	nein	
Einwilligung zur Meldung der Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge	Bestätigung zur Einwilligung zur Meldung der Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge	ja	Gesetzliche Vorgaben
	Steuerliche Identifikationsnummer	ja	
Unterschriftenfeld	Ort, Datum	ja	Nötig für die Rechtsgültigkeit des Schreibens
	Unterschrift	ja	
SEPA-Lastschriftmandat	Mandatsreferenz	ja	Angaben zur Identifizierung des Absenders durch Empfänger
	Vorname	ja	Nötig für die Rechtsgültigkeit des Mandats
	Name	ja	
	Straße, Hausnummer	ja	
	PLZ, Wohnort	ja	

			IBAN	ja	
			BIC (SWIFT-Code)	ja	
			Name Kreditinstitut	ja	
		Unterschriftenfeld	Ort, Datum	ja	Nötig für die Rechtsgültigkeit des Schreibens
			Unterschrift des Versicherten	ja	
Antrag auf ambulante Vorsorgeleistungen	Seite: <a href="https://www.die-ik.de/versicherten-service/online-services/formular-download">https://www.die-ik.de/versicherten-service/online-services/formular-download</a>  Datei: <a href="https://www.die-ik.de/fileadmin/user_upload/versicherten_service/online_services/formular_download/antrag_amb_vorsorge_ausfuellbar_202209.pdf">https://www.die-ik.de/fileadmin/user_upload/versicherten_service/online_services/formular_download/antrag_amb_vorsorge_ausfuellbar_202209.pdf</a>	Versicherungsangaben	Name, Vorname des Versicherten	ja	Angaben zum Versicherten und zum Arzt
			Geb. am	ja	
			Versicherten-Nr.	ja	
			Betriebsstätten-Nr.	ja	
			Datum	ja	
		Grund des Antrages	bei Schwächung der Gesundheit/zur Krankheitsverhütung	nein	Grund für die ambulante Vorsorgeleistung
			zur Vermeidung der Verschlimmerung	nein	
			Bei Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung von Kindern	nein	
		Antrag ambulante Vorsorgeleistungen	von / bis	ja	Prüfung, ob es ein Zugelassener Kurort ist zur Bezuschussen
			gewünschter Kurort	ja	
		Ursache der Krankheit	Ursache der Krankheit	ja	Abgrenzung Kostenträger
		Angaben zu bisherigen Leistungen	letzte ambulante Versorgung	ja	Anspruchsprüfung
			von / bis	ja	
			Ort	ja	
			Kostenträger	ja	
		Kontoangaben	IBAN	ja	Eindeutige Bankverbindung zur Erstattung der Kosten notwendig / ggf.
BIC	ja				
Bankinstitut	ja				
Kontaktdaten	Telefonnummer	ja	Erfassung/Aktualisierung von Kontaktdaten für ggf. notwendigen Rückfragen		
Unterschriftsfeld	Datum	ja	Nötig für die Rechtsgültigkeit des Schreibens		
	Unterschrift	ja			
Persönliche Daten	Name	ja	Angaben zur Identifizierung des Versicherten		
	geb. am	ja			
Grund des Antrages	bei Schwächung der Gesundheit/zur Krankheitsverhütung	nein	Grund für die ambulante Vorsorgeleistung		

	zur Vermeidung der Verschlimmerung behandlungsfähiger Krankheiten	nein	
	Bei Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung von Kindern	nein	
Datum	Behandlungsbeginn	ja	Medizinische Indikatoren
Risikofaktoren/Gefährdungen, Regulations-/Befindlichkeitsstörungen, Beschwerden	Erhöhter Blutdruck, Bewegungsmangel, Fehlhaltung, Übergewicht, Fehlernährung, Stress, Rauchen, sonstige Risikofaktoren, aktuelle Beschwerden	ja	
Relevante Diagnosen	Nennung der Diagnose	ja	Abgrenzung Vorsorge zur Reha; Abgrenzung bei Maßnahme und Kostenträger
	seit wann?	ja	
	Ursache	ja	
	Verlauf	ja	
	Schädigung/Funktionsstörung/Befund	ja	
	Datum der letzten Untersuchung	ja	
	Aktuelle Befunde	ja	
Angestrebtes Vorsorgeziel	ja		
Behandlungen der letzten 12 Monaten	Angabe von Behandlungen und Maßnahmen	ja	Ambulante Maßnahmen ausüben / Maßnahmen vor Ort ausgeschöpft sind
	dringend erforderliche Vorsorgeleistung	nein	
Besondere Anforderungen	Sind besondere Anforderungen an den Kurort zu stellen	ja	Welcher Kurort geeignet ist
	Kurort	ja	
	Land	nein	
	Dauer in Wochen	ja	
	Kompaktkur	ja	
Zusätzliche Bemerkungen	Ggf. weitere Bemerkungen	nein	Zusätzliche Angaben
Unterschriftsfeld	Ort, Datum	ja	Nötig für die Rechtsgültigkeit des Schreibens
	Unterschrift und Stempel des Vertragsarztes	ja	

		Angaben zum Versicherten	Name	ja	Angaben zur Identifikation des Absenders durch Empfänger
			Vorname	ja	
			geb.	ja	
			KV-Nr.	ja	
		Zusatzangaben bei ambulanten Vorsorgeleistungen im Ausland	Maßnahmen	nein	Bescheinigung vom Arzt, ob die Maßnahme Erfolg haben kann (Ort und Dauer)
			Dauer der Leistung	nein	
			Bestätigung des Erfolgen im kürzeren Zeitraum	nein	
		Unterschriftsfeld	Ort, Datum	ja	Nötig für die Rechtsgültigkeit des Schreibens
			Stempel, Unterschrift des Arztes	ja	
Organspendeausweis	Seite: <a href="https://www.die-ik.de/versicherten-service/online-services/formular-download">https://www.die-ik.de/versicherten-service/online-services/formular-download</a>  Datei: <a href="https://www.die-ik.de/fileadmin/user_upload/versicherten_service/online_services/formular_download/organspendeausweis_20201026.pdf">https://www.die-ik.de/fileadmin/user_upload/versicherten_service/online_services/formular_download/organspendeausweis_20201026.pdf</a>	Auswahl zur Spende von Organen/Gewebe zur Transplantation	Angabe, ob und wenn ja, welche Organe nach dem Tod gespendet werden dürfen	ja	Angaben zur Bereiterklärung ob und welche Organe / Gewebe gespendet werden dürfen
		Kontaktdaten einer Person, die im Todesfall entscheiden soll	Name, Vorname	nein	Ansprechpartner im Falle des Todes
			Telefon	nein	
			Straße	nein	
			PLZ, Wohnort	nein	
		Anmerkungen	Anmerkungen	nein	Zusätzliche Angaben
		Unterschriftsfeld	Datum	ja	Nötig für die Rechtsgültigkeit des Schreibens
			Unterschrift	ja	
Angaben des Organspendeträgers	Name, Vorname	ja	Angaben zur Identifikation des Absenders durch Empfänger		
	Geburtsdatum	ja			
	Straße	ja			
	PLZ, Wohnort	ja			
SEPA Lastschrift	Seite: <a href="https://www.die-ik.de/versicherten-service/online-services/formular-download">https://www.die-ik.de/versicherten-service/online-services/formular-download</a> <a href="https://www.die-ik.de/versicherten-service/sepa-zahlungsverkehr">https://www.die-ik.de/versicherten-service/sepa-zahlungsverkehr</a>  Datei: <a href="file:///C:/Users/mgruber/Downloads/sepa_lastschrift_versicherten-service_2023.pdf">file:///C:/Users/mgruber/Downloads/sepa_lastschrift_versicherten-service_2023.pdf</a>	Absender	Anschrift des Absenders	ja	Angaben zum Absender
		SEPA-Lastschriftmandat	Krankenversicherungsnummer	ja	Angaben zur Identifikation des Absenders durch Empfänger
			Vorname	ja	Nötig für die Rechtsgültigkeit des Mandats
			Name	ja	
			Straße	ja	
			Hausnummer	ja	
			PLZ	ja	
			Ort	ja	
			Kreditinstitut	ja	
			IBAN	ja	
			BIC (SWIFT-Code)	ja	
		Unterschriftenfeld	Ort, Datum	ja	
			Unterschrift des Versicherten	ja	



SEPA Lastschrift einmalig	Seite: <a href="https://www.die-ik.de/versicherten-service/sepa-zahlungsverkehr">https://www.die-ik.de/versicherten-service/sepa-zahlungsverkehr</a>  Datei: <a href="file:///C:/Users/mgruber/Downloads/sepa_lastschrift_einmalig_versicherten-service_2023.pdf">file:///C:/Users/mgruber/Downloads/sepa_lastschrift_einmalig_versicherten-service_2023.pdf</a>	Absender	Anschrift des Absenders	ja	Angaben zum Absender
		SEPA-Lastschriftmandat	Krankenversicherungsnummer	ja	Angaben zur Identifizierung des Absenders durch Empfänger
			Vorname	ja	Nötig für die Rechtsgültigkeit des Mandats
			Name	ja	
			Straße	ja	
			Hausnummer	ja	
			PLZ	ja	
			Wohnort	ja	
			Kreditinstitut	ja	
		IBAN	ja		
BIC (SWIFT-Code)	ja				
Unterschriftenfeld	Ort, Datum	ja	Nötig für die Rechtsgültigkeit des Schreibens		
	Unterschrift des Versicherten	ja			
SEPA Lastschrift für Arbeitgeber	Seite: <a href="https://www.die-ik.de/arbeitgeber-service/sepa-zahlungsverkehr">https://www.die-ik.de/arbeitgeber-service/sepa-zahlungsverkehr</a> <a href="https://www.die-ik.de/arbeitgeber-service/online-services/formular-download">https://www.die-ik.de/arbeitgeber-service/online-services/formular-download</a>  Datei: <a href="https://www.die-ik.de/fileadmin/user_upload/arbeitgeberservice/sepa/die-ikk_arbeitgeber_sepa_lastschriftmandat_202209.pdf">https://www.die-ik.de/fileadmin/user_upload/arbeitgeberservice/sepa/die-ikk_arbeitgeber_sepa_lastschriftmandat_202209.pdf</a>	Absenderangaben	Absender	ja	Angaben zur Identifikation des Absenders durch Empfänger
		SEPA-Lastschriftmandat	BBNR	ja	Nötig für die Rechtsgültigkeit des Mandats
			Mandatsreferenz	ja	
			Vorname und Name (Kontoinhaber)	ja	
			Straße und Hausnummer	ja	
			Postleitzahl und Ort	ja	
			Kreditinstitut (Name und BIC)	ja	
		IBAN	ja		
		Unterschriftenfeld	Datum, Ort, Unterschrift	ja	Nötig für die Rechtsgültigkeit des Schreibens
		Betriebsanmeldung	Seite: <a href="https://www.die-ik.de/arbeitgeber-service/online-services/formular-download">https://www.die-ik.de/arbeitgeber-service/online-services/formular-download</a>  Datei: <a href="file:///C:/Users/mgruber/Downloads/betriebsanmeldung_ausfuellbar_102022.pdf">file:///C:/Users/mgruber/Downloads/betriebsanmeldung_ausfuellbar_102022.pdf</a>	Absenderangaben	Betriebsnummer
vollständige Firmenbezeichnung	ja				
Kontaktdaten	Telefon			ja	Erfassung/Aktualisierung von Kontaktdaten für ggf. notwendige Rückfragen
	Fax			ja	
	Mobiltelefon			ja	
	E-Mail			ja	
Abrechnung über ein Hauptbetrieb	wenn ja, Angabe der vollständigen Firmenbezeichnung			nein	Zuordnung der Beitragsnachweise
Steuerberater	Angaben zum Steuerberater			nein	Ansprechpartner bei z.B.
Bankverbindung	Bank			nein	Eindeutige Bankverbindung für Zahlungen notwendig
	IBAN			nein	
	BIC			nein	
Umlagepflicht in der U1	Ja, ab			nein	Ggf. Umlagepflichtig
	Nein			nein	
	Anzahl Arbeitnehmer	ja			

		Auszubildende	Ja	nein	
			Nein	nein	
		Unterschriftsfeld	Ort, Datum	ja	Nötig für die Rechtsgültigkeit des Schreibens
			Unterschrift	ja	
Wahlerklärung U1	Seite: <a href="https://www.die-ik.de/arbeitgeber-service/online-services/formular-download">https://www.die-ik.de/arbeitgeber-service/online-services/formular-download</a>  Datei: file:///C:/Users/mgruber/Downloads/ik_wahlerkaerung_u1_2025.pdf	Datum	Ich wähle einen neuen Umlage- und Erstattungssatz ab	ja	Beginn des Leistungszeitraums
		Angaben zum Arbeitgeber	Betriebsnummer	ja	Angaben zur Identifikation des Absenders durch Empfänger
			Firma	ja	
			Adresse	ja	
			Ansprechpartner	ja	
			Telefonnummer	ja	
			Faxnummer	ja	
			E-Mail-Adresse	ja	
		Bankverbindung	IBAN	ja	Eindeutige Bankverbindung für Zahlungen notwendig
			BIC	ja	
			Geldinstitut	ja	
		Gewünschter Erstattungssatz	75% Erstattung bei 2,95% Umlage	nein	Wahl der Leistung
			60% Erstattung bei 2,55% Umlage	nein	
40% Erstattung bei 1,55% Umlage	nein				
Unterschriftsfeld	Ort, Datum	ja	Nötig für die Rechtsgültigkeit des Schreibens		
	Unterschrift	ja			











