

Antrag auf Leistungen der IKK - Die Innovationskasse - Pflegekasse

Nachname, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

KV-Nr.: _____

Ich bin tagsüber unter folgender Telefonnummer zu erreichen: _____

Erstantrag
Höherstufungsantrag Grund: _____ _____
Änderung der Pflegeleistung ab _____

Ich beantrage ambulante Pflegeleistungen:

Pflegesachleistungen (Pflege durch einen Pflegedienst).

Pflegegeld (Pflege durch Angehörige/Bekannte).

Kombinationsleistung (aus Pflegesachleistung und Pflegegeld)

Die Pflege wird durchgeführt von:

Pflegeperson(en) wie Angehörige, dem Lebenspartner, sonstige ehrenamtliche Pflegepersonen, erwerbsmäßige Pflegekräfte oder eine angestellte Pflegeperson:

Angaben der **Pflegeperson(en)**:

Nachname, Vorname: _____

Telefonnummer: _____

Anschrift: _____

Wichtiger Hinweis: Ohne Angabe einer Pflegeperson ist die Zahlung von Pflegegeld oder anteiligem Pflegegeld nicht möglich!

und/oder einem zugelassenen Pflegedienst:

Name und Anschrift des **Pflegedienstes**

Ich beantrage zusätzlich teilstationäre Pflegeleistungen:

Tages- oder Nachtpflege

Name und Anschrift der Einrichtung

Ich beantrage stationäre Pflegeleistungen:

vollstationäre Pflege in einem Pflegeheim

Name und Anschrift des Pflegeheimes

vollstationäre Pflege in einer Einrichtung der Hilfe für Menschen mit Behinderungen

Name und Anschrift der Einrichtung

Ich erhalte bereits Pflegeleistungen, z. B. von der Unfallversicherung, dem Sozialamt, dem Versorgungsamt (bitte Anerkennungsbescheid beifügen).

Meine Pflegebedürftigkeit beruht auf einem Unfall	ja	nein
Ich habe Anspruch auf Beihilfe/freie Heilfürsorge*	ja*	nein

Name und Anschrift der Festsetzungsstelle bzw. des Dienstherrn

**Freie Heilfürsorge bezeichnet einen Leistungsanspruch durch den Dienstgeber, den bestimmte Beamtengruppen und Zivildienstleistende haben.*

Anspruch auf freie Heilfürsorge haben beispielsweise: Polizeivollzugsbeamte der Bundes- und Landespolizei, Beamte im Einsatzdienst von Berufsfeuerwehren, Beamte in Strafvollzugsanstalten und Zivildienstleistende.

Mein behandelnder Arzt ist:

Name, Anschrift des Arztes

Ich habe eine/-n Betreuer/-in: ja nein

Ich habe eine/-n Bevollmächtigte/-n: ja nein

Name, Vorname des Betreuers/Bevollmächtigten

Anschrift des Betreuers/Bevollmächtigten

Telefonnummer des Betreuers/Bevollmächtigten

Wichtig: Bitte übersenden Sie uns eine Kopie des Betreuerausweises bzw. der Vollmacht, sofern noch nicht geschehen.

Das Pflegegeld bitte ich auf folgendes Konto zu überweisen:

Kontoinhaber: _____

IBAN: _____

Geldinstitut: _____ BIC: _____

Ich bin damit einverstanden, dass der IKK - Die Innovationskasse - Pflegekasse und dem Medizinischen Dienst die erforderlichen ärztlichen Berichte, Gutachten und Befunddokumentationen zur Einsichtnahme zur Verfügung gestellt werden.

Ort, Datum,

**Unterschrift des Versicherten bzw.
seines Bevollmächtigten**

Datenschutzhinweis: Die Angabe Ihrer persönlichen Daten ist aufgrund der Bestimmungen der §§ 60 SGB I sowie 7 und 50 SGB XI für die Erfüllung unserer Aufgaben notwendig.