

Antrag auf Feststellung eines Pflegegrades

Angaben zum Antragsteller (Name und Adresse)

Versichertennummer

Telefonnummer

Bitte an die IKK classic schicken. Vielen Dank!

IKK classic
04063 Leipzig

E-Mail info@ikk-classic.de

Fax 0800 800 4551

1. Die Pflege soll sichergestellt werden durch die folgende Leistung:

- Pflegesachleistung als häusliche Pflege durch einen Vertragspartner der Pflegekasse (z. B. Sozialstation oder Pflegedienst)
- Pflegegeld (Geldleistung, da häusliche Pflege in geeigneter Weise und ausreichendem Umfang durch eine selbstbeschaffte Pflegeperson sichergestellt werden kann)
- Kombinationsleistung (aus Sach- und Geldleistung)
- vollstationäre Pflege und zusätzliche Betreuung und Aktivierung in stationären Pflegeeinrichtungen
- Pauschalleistung für die Pflege von Menschen mit Behinderungen

2. Die Pflege wird zukünftig durchgeführt von:

Sozialstation oder Pflegedienst

(Name und Anschrift der Sozialstation oder des Pflegedienstes)

Pflegeheim

Ich wohne ab/seit in:

(Name, Adresse und Telefon der Pflegeeinrichtung)

Pflegeperson

Bitte tragen Sie hier den Namen und die Anschrift der Pflegeperson(en) sowie deren Telefonnummer und deren Krankenversicherung

1. Pflegeperson

2. Pflegeperson

3. Pflegezeit:

Bei der Pflegezeit handelt es sich grundsätzlich um eine unbezahlte Freistellung von der Arbeitsleistung. Sie kann nur von versicherungspflichtig Beschäftigten in Anspruch genommen werden.

- Ja, die Pflegeperson hat gegenüber dem Arbeitgeber bereits angekündigt, Pflegezeit in Anspruch zu nehmen.
- Nein, die Pflegeperson beabsichtigt nicht, Pflegezeit in Anspruch zu nehmen.

4. Pflege-Begutachtung durch den Medizinischen Dienst (MD):

Um die Begutachtung durch den Medizinischen Dienst (MD) im Rahmen eines Besuches bei Ihnen reibungslos organisieren zu können, bitten wir um nachfolgende Angaben:

- Ich stehe in den nächsten Wochen für eine Begutachtung zur Feststellung eines Pflegegrades zur Verfügung.
- Ich stehe in folgendem Zeitraum für eine Begutachtung zur Feststellung eines Pflegegrades nicht zur Verfügung.

von bis
(Zeitraum, in dem eine Begutachtung aus zwingenden Gründen nicht möglich ist)

5. Die Pflegebedürftigkeit ist zurückzuführen auf:

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

Ich erhalte deswegen bereits Leistungen von

(Name, Anschrift und Aktenzeichen des Leistungsträgers)

6. Der behandelnde Arzt ist:

Bitte tragen Sie hier den Namen und die Anschrift Ihres Arztes/Ihrer Ärztin ein

7. Beihilfeansprüche:

Ich habe Ansprüche auf Beihilfe

- Ja
- eigener Beihilfeanspruch
 - wegen Bezuges einer Beamten-, Witwenpension
 - als Ehepartnerin/Ehepartner („berücksichtigungsfähige Angehörige“)

(Name und Anschrift der Beihilfestelle oder des ehemaligen Arbeitgebers)

Nein

8. Weitere Leistungsansprüche:

Ich erhalte bereits Pflegegeld

- Ja
- von der Unfallversicherung
 - dem Sozialhilfeträger
 - dem Versorgungsamt (Bitte schicken Sie den Anerkennungsbescheid mit)

Nein

9. Zahlung von Geldleistungen:

Die Zahlung des Pflegegeldes soll erfolgen

auf mein eigenes Konto

Vorname, Name

Anschrift

Daten des Kontoinhabers

IBAN (International Bank Account Number)

BIC (Business Identifier Code)

auf das Konto eines anderen Empfängers (Abtretungserklärung erforderlich)

10. Besteht eine Vollmacht oder eine gesetzliche Betreuung?

Falls ja: Bitte tragen Sie hier den Namen und die Anschrift des Betreuers/des Bevollmächtigten ein und schicken Sie uns eine Kopie des Betreuungsausweises oder der Vollmacht – vielen Dank.

Vorname	<input type="text"/>	Straße, Hausnummer	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Name	<input type="text"/>	PLZ, Ort	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Telefon (mit Vorwahl)*	<input type="text"/>			

11. Erklärungen zum Antrag:

Entbindung von der Schweigepflicht:

Ich entbinde hiermit den unten aufgeführten Arzt, das angegebene Krankenhaus und die genannte Pflegeperson gegenüber dem Medizinischen Dienst (MD) und allen Personen, die mit der Prüfung des Antrags auf Pflegeleistungen befasst sind, von der Schweigepflicht. Gleichzeitig bitte und ermächtige ich den unten aufgeführten Arzt, das unten aufgeführte Krankenhaus, das Versorgungsamt und die angegebene Pflegeperson, auf Verlangen dem MD und/oder den von der Pflegekasse beauftragten Gutachtern die sich in ihrem Besitz befindlichen Befunde vorzulegen. Falls ich in diese Erklärung nicht einwillige, entstehen mir dadurch keine Nachteile. Sie dient lediglich der Beschleunigung der Antragsbearbeitung.

Name des Arztes

siehe Punkt 6

anderer

Ich stimme zu

Ja

Nein

Ich nehme zur Kenntnis, dass die Daten über meine Gesundheit, die dem Versorgungsamt mit diesem Verfahren nach dem SGB IX zugänglich gemacht worden sind, auch

- anderen Sozialleistungsträgern für deren gesetzliche Aufgaben, die im Zusammenhang mit einer Begutachtung wegen der Erbringung von Sozialleistungen oder wegen der Ausstellung einer Bescheinigung sowie
- den Gerichten der Sozialgerichtsbarkeit und
- dem MD

übermittelt werden dürfen (§ 69 Abs. 1 Nr. 1 und 2 in Verbindung mit § 76 Abs. 2 SGB X). Ich kann der Übermittlung jederzeit widersprechen.

Ich verpflichte mich, jede Änderung der Verhältnisse, die einen Einfluss auf die Leistungen der sozialen Pflegeversicherung haben, unverzüglich der Pflegekasse der IKK classic mitzuteilen. Dies ist z. B. Umzug in ein Pflegeheim, Hinzunahme eines Pflegedienstes, Änderung der Bankverbindung, Änderung des Gesundheitszustandes (Besserung/Verschlechterung) und Beantragung oder Bezug von Beihilfe- oder Versorgungsleistungen.

Ich verpflichte mich, überzahlte Beträge unverzüglich an die Pflegekasse zurückzuzahlen. Ich beauftrage gleichzeitig das jeweils kontoführende Geldinstitut mit Wirkung auch meinen Erben gegenüber, überzahlte Beträge der Pflegekasse zurückzuzahlen. Die hierfür entstehenden Bankgebühren trägt die Pflegekasse der IKK classic.

Ich bin damit einverstanden, dass das anteilige Pflegegeld im Rahmen der Kombinationsleistung rückwirkend nach Begleichung der Rechnung des Pflegedienstes durch die Pflegekasse, jeden Monat individuell berechnet und auf das angegebene Konto überwiesen wird.

Datenschutzhinweis:

Damit wir Ihren Antrag auf Pflegeleistungen bearbeiten können, ist Ihr Mitwirken nach §§ 7, 28 und 28a SGB XI, § 60 SGB I erforderlich. Ihre Daten sind im vorliegenden Falle aufgrund § 94 SGB XI zu erheben. Fehlt Ihre Mitwirkung, kann dies zu Nachteilen (z. B. bei Leistungsansprüchen nach §§ 36 - 44 SGB XI) führen. **Die Angabe der mit * gekennzeichneten Daten ist freiwillig, der Nutzung dieser Daten können Sie jederzeit bei der Pflegekasse der IKK classic für die Zukunft widersprechen.** Die Verarbeitung der Sozialdaten erfolgt im Rahmen der § 67b ff SGB X. Ihre Daten werden ausschließlich im Rahmen der uns obliegenden gesetzlichen Verpflichtung an Dritte (z. B. Medizinischer Dienst, Gutachter, andere Sozialleistungsträger) übermittelt. Eine darüber hinausgehende Übermittlung der Daten an Dritte erfolgt nicht. Weitere Informationen dazu finden Sie unter www.ikk-classic.de/datenschutz

Ort	Datum	Unterschrift Pflegebedürftiger bzw. Betreuer*	Telefonnummer*
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

*freiwillige Angabe (Unterschrift kann bei Übermittlung per E-Mail entfallen)