

Antwortschein



Angaben zum Antragsteller:

Versichertennummer:

.....
Bitte an die IKK schicken. Vielen Dank!

IKK classic
04063 Leipzig

Eingangsstempel der Pflegekasse

Antrag auf Leistungsumstellung

1. Zeitpunkt der Leistungsumstellung

Die Umstellung soll erfolgen ab: _____

2. Künftige Leistung

- Pflegesachleistung als häusliche Pflege und Betreuung 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)
- teilstationäre Pflege (Tages- oder Nachtpflege) auch in Kombination möglich und zusätzliche Betreuung und Aktivierung in stationären Pflegeeinrichtungen
 - Teilstationäre Pflege und Pflegesachleistung
 - Teilstationäre Pflege und Pflegegeld
 - Teilstationäre Pflege und Kombinationsleistung
- vollstationäre Pflege und zusätzliche Betreuung und Aktivierung in stationären Pflegeeinrichtungen
 - ↳ Erklärung bei vollstationärer Pflege: Eine häusliche Pflege ist nicht möglich, weil:
 - keine Pflegeperson vorhanden ist
 - mögliche Pflegepersonen nicht zur Pflege bereit sind
 - mögliche Pflegepersonen mit der Pflege überfordert sind
 - meine räumlichen Gegebenheiten keine Pflege ermöglichen
 - sonstige Gründe _____

-
-
- Pauschalleistung für die Pflege von Menschen mit Behinderungen

5. Besteht eine Vollmacht oder eine gesetzliche Betreuung?

ja nein

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.

Vor- und Nachname

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Ort

Telefon (mit Vorwahl)*

6. Erklärungen zum Antrag

<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Entbindung von der Schweigepflicht Ich entbinde hiermit den unten aufgeführten Arzt, das angegebene Krankenhaus, das Versorgungsamt und die genannte Pflegeperson gegenüber dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) 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 MDK 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: _____ Name des Krankenhauses: _____ 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 <ul style="list-style-type: none">• 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 MDK 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 versichere, dass ich die Angaben in diesem Antrag wahrheitsgemäß nach bestem Wissen und Gewissen gemacht habe.

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.



Ort und Datum

Unterschrift der/des Versicherten oder Betreuers/ Bevollmächtigten

Telefonnummer für Rückfragen*

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. Weitere Informationen dazu finden Sie unter www.ikk-classic.de/datenschutz

Antwortschein

Angaben zum Antragsteller:

Versichertennummer:

.....
Bitte an die IKK schicken. Vielen Dank!

IKK classic
04063 Leipzig

Eingangsstempel der Pflegekasse

Ihr persönliches Beratungsangebot

Name

Vorname

Straße und Hausnummer

PLZ und Wohnort

Geburtsdatum

KV-Nummer

1. Wünschen Sie eine Beratung von der Pflegekasse der IKK classic?

- Nein, ich wünsche keine Beratung.
- Ja, ich möchte gerne beraten werden. Die Telefonnummer zur Kontaktaufnahme lautet:

*Telefonnummer**

ggf. abweichende Kontaktperson (z. B. Pflegeperson)

2. Wenn ja, wie möchten Sie beraten werden?

Gerne beraten wir Sie innerhalb der nächsten 14 Tage telefonisch. So bleibt ausreichend Zeit zur Beantwortung Ihrer Fragen rund um das Thema Pflege und darüber hinaus. Möchten Sie lieber persönlich besucht werden? Beratungen können auch bei Ihnen zu Hause oder in einer Geschäftsstelle der IKK classic stattfinden

- Telefonisch, bitte rufen Sie mich innerhalb der nächsten 14 Tage an.
Am besten passt es mir vormittags nachmittags.
- Persönlich bei mir zu Hause. Bitte vereinbaren Sie einen Termin mit mir.

3. Ich habe Fragen zu folgenden Themen: _____

Ort, Datum

Unterschrift des Antragstellers

*Datenschutzhinweis: Die Angabe der mit * gekennzeichneten Daten ist freiwillig, der Nutzung dieser Daten können Sie jederzeit für die Zukunft bei der Pflegekasse der IKK classic widersprechen.*