

# Antwortschein



Angaben zum Antragsteller:

---

---

---

Versichertennummer:

---

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

IKK-Pflegekasse classic  
Kieler Str. 464 – 470  
22525 Hamburg

*Eingangsstempel der Pflegekasse*

## Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung

Antragsdatum: \_\_\_\_\_

### 1. Beantragte 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)
  - teilstationäre Pflege (Tages- oder Nachtpflege)  
auch in Kombination möglich
    - Teilstationäre Pflege und Pflegesachleistung
    - Teilstationäre Pflege und Pflegegeld
    - Teilstationäre Pflege und Kombinationsleistung
  - vollstationäre Pflege
    - ↳ 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 \_\_\_\_\_
- 
- vollstationäre Pflege in Einrichtungen der Behindertenhilfe
  - Zusätzliche Betreuung und Aktivierung in stationären Pflegeeinrichtungen
  - Entlastungsbetrag

## 2. Die Pflege wird durchgeführt von:

**Sozialstation oder Pflegedienst**

\_\_\_\_\_  
Name der Sozialstation oder des Pflegedienstes

\_\_\_\_\_  
Anschrift der Sozialstation oder des Pflegedienstes

**Pflegeheim**

Ich wohne seit/ab \_\_\_\_\_ in  
Datum

\_\_\_\_\_  
Name des Pflegeheims

\_\_\_\_\_  
Straße und Hausnummer

\_\_\_\_\_  
Postleitzahl und Ort

\_\_\_\_\_  
Telefon (mit Vorwahl)

**Pflegeperson**

*Bitte tragen Sie hier den Namen und die Anschrift der Pflegeperson(en) sowie deren Telefon- und Faxnummer bzw. E-Mail-Adresse ein. Bei Platzmangel verwenden Sie bitte die Rückseite.*

Pflegeperson 1:

Pflegeperson 2:

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Anschrift

\_\_\_\_\_  
Anschrift

\_\_\_\_\_  
Telefonnummer / Fax / E-Mail\*

\_\_\_\_\_  
Telefonnummer / Fax / E-Mail\*

\_\_\_\_\_  
Name der Krankenkasse\*

\_\_\_\_\_  
Name der Krankenkasse\*

## 3. Pflegezeit

Bei der Pflegezeit handelt es sich grundsätzlich um eine **unbezahlte** Freistellung von der Arbeitsleistung. Sie kann also 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 MDK

*Um die Begutachtung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) im Rahmen eines Besuches bei Ihnen reibungslos organisieren zu können, bitten wir um nachfolgende Angaben.*

frühestmöglicher Begutachtungstermin: \_\_\_\_\_

Zeitraum, in dem eine Begutachtung aus **zwingenden** Gründen **nicht** möglich ist  
(z. B. wegen eines Krankenhausaufenthaltes, einer Rehabilitation, einer Kurzzeitpflege, etc.):

\_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Meine Pflegeperson soll über Besuchstermine des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) informiert werden?

- ja     nein



## 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.

\_\_\_\_\_  
Vor- und Nachname

\_\_\_\_\_  
Straße und Hausnummer

\_\_\_\_\_  
Postleitzahl und Ort

\_\_\_\_\_  
Telefon (mit Vorwahl)\*

## 11. Erklärungen zum Antrag

<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<p><b>Entbindung von der Schweigepflicht <sup>1</sup></b></p> <p>Ich entbinde hiermit den unten aufgeführten Arzt, das angegebene Krankenhaus und die genannte Pflegeperson gegenüber dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) und allen Personen, die mit der Prüfung des Antrags auf Pflegeleistungen befasst sind. Gleichzeitig bitte und ermächtige ich den unten aufgeführten Arzt, das unten aufgeführte Krankenhaus und die angegebene Pflegeperson, auf Verlangen dem MDK bzw. der Pflegekasse die sich in ihrem Besitz befindlichen Befunde vorzulegen.</p> <p>Name des Arztes: <input type="radio"/> wie 6. <input type="radio"/> anderer: _____</p> <p>Name des Krankenhauses: _____</p> <p>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</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• beauftragten Gutachterinnen/Gutachtern zu medizinischen Beurteilung,</li><li>• anderen Sozialleistungsträgern für deren gesetzliche Aufgaben, die im Zusammenhang mit einer Begutachtung wegen der Erbringung von Sozialleistungen oder wegen der Ausstellung einer Bescheinigung sowie</li><li>• den Gerichten der Sozialgerichtsbarkeit</li></ul> <p>übermittelt werden dürfen (§ 69 Abs. 1 Nr. 1 und 2 in Verbindung mit § 76 Abs. 2 SGB X)</p>
--	--

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 IKK-Pflegekasse 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 IKK-Pflegekasse 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.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die Weiterleitung meiner Unterlagen zwischen der IKK classic und dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung per Telefax erfolgen darf.<sup>2</sup>



\_\_\_\_\_  
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 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 den Leistungsansprüchen nach §§ 36 - 44 SGB XI) führen. Die Angabe der mit \* gekennzeichneten Daten ist freiwillig, der Nutzung dieser Daten können Sie jederzeit bei der IKK-Pflegekasse classic für die Zukunft widersprechen. Die Verarbeitung der Sozialdaten erfolgt im Rahmen der § 67b ff SGB X.

<sup>1,2</sup> Falls Sie in diese Erklärung nicht einwilligen, entstehen Ihnen dadurch keine Nachteile. Sie dient lediglich der Beschleunigung der Antragsbearbeitung.