

# Antwortschein



Angaben zum Antragsteller:

---

---

---

Versichertennummer:

---

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

IKK-Pflegekasse classic  
Hansastr. 71  
47058 Duisburg

*Eingangsstempel der Pflegekasse*

## Antrag auf Leistungsumstellung

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

### 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 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

vollstationäre Pflege in Einrichtungen der Behindertenhilfe

Entlastungsbetrag

### 3. Die Pflege wird durchgeführt von

- Sozialstation oder Pflegedienst oder Tagespflegeeinrichtung**

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

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

- 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.*

<u>Pflegeperson 1:</u>	<u>Pflegeperson 2:</u>
_____ Name, Vorname	_____ Name, Vorname
_____ Anschrift	_____ Anschrift
_____ Telefonnummer / Fax / E-Mail*	_____ Telefonnummer / Fax / E-Mail*
_____ Name der Krankenkasse*	_____ Name der Krankenkasse*

### 4. Zahlung von Geldleistungen

- auf mein eigenes Konto  
 auf ein anderes Konto

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

\_\_\_\_\_  
 Anschrift:

**Daten des Kontoinhabers**

\_\_\_\_\_  
 IBAN (International Bank Account Number)

\_\_\_\_\_  
 BIC (Business Identifier Code)

**Erklärung der unter 4. Angegebenen Vertrauensperson der Pflegebedürftigen, auf deren Konto die Beträge überwiesen werden sollen:**

Ich verpflichte mich, überzahlte Beträge für Pflegeleistungen nach dem Elften Sozialgesetzbuch an die IKK-Pflegekasse classic zurückzuzahlen und beauftrage dazu das jeweils kontoführende Geldinstitut mit Wirkung auch meinen Erben gegenüber, überzahlte Beträge der Pflegekasse zurückzuzahlen. Die hierfür entstehenden Bankgebühren trägt die IKK-Pflegekasse classic. Außerdem verpflichte ich mich, der IKK-Pflegekasse classic jede Änderung meiner Bankverbindung und meines Wohnsitzes unverzüglich mitzuteilen.



\_\_\_\_\_  
 Ort und Datum

\_\_\_\_\_  
 Unterschrift der Vertrauensperson als Kontoinhaber

## 5. 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)\*

## 6. 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: _____</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.