

Antrag auf Leistungen der vollstationären Pflege

Vorname

Name

Straße, Hausnummer

PLZ, Wohnort

Krankenversicherungsnummer

Geburtsdatum

E-Mail-Adresse

Telefon

Anspruch auf Beihilfe/freie Heilfürsorge

 ja nein

(falls ja: bitte Name und Anschrift der Festsetzungsstelle bzw. des Dienstherrn eintragen)

Name der Festsetzungsstelle bzw. des Dienstherrn

Anschrift der Festsetzungsstelle bzw. des Dienstherrn

Ich beantrage

die Kostenübernahme für meine vollstationäre Pflege. Die Pflege wird durchgeführt im

Name und Anschrift der Pflegeeinrichtung

Station / Abteilung

Telefon

Gründe für die vollstationäre Pflege:

(ggf. auf weiterem Blatt aufführen)

Die Aufnahme in das Pflegeheim erfolgt bzw. erfolgte am:

Bisherige Leistungen aus der Pflegeversicherung

ja, nach Stufe/Grad

beantragt am

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

Mein behandelnder Arzt ist

Name, Anschrift des Arztes

Ich bin damit einverstanden, dass der IKK Nord-Pflegekasse und dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung die erforderlichen ärztlichen Berichte, Gutachten und Befunddokumentationen zur Einsichtnahme zur Verfügung gestellt werden. Meine Einwilligung kann ich jederzeit schriftlich widerrufen.

Ort, Datum

Unterschrift des Versicherten (oder gesetzlichen Vertreters)

Datenschutzhinweis:

Die Angabe Ihrer persönlichen Daten ist aufgrund der Bestimmungen der §§ 66 SGB I sowie 7 und 50 SGB XI für die Erfüllung unserer Aufgaben notwendig.