

Pflegekasse

IKK Südwest · Postfach · 66098 Saarbrücken

An die Erziehungsberechtigten von Herrn
Oleksandr Mukshynov
Altes Werk 20 a
66130 Saarbrücken

Ihre Gesprächspartnerin
Larissa SchmittEuropaallee 3 - 4
66113 Saarbrücken

Tel.: 06 81 3876-1470

Fax: 06 81 3876-2799

E-Mail: larissa.schmitt@ikk-sw.deInternet: www.ikk-suedwest.de**Zentrale Postadresse**IKK Südwest
66098 Saarbrücken

9. Juni 2022

Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung
Versichertennummer: 4433659018

Sehr geehrter Herr Mukshynov,

gerne unterstützen wir Sie bei der Beantragung von Leistungen der Pflegeversicherung und senden Ihnen heute die Antragsunterlagen zu.

Bitte füllen Sie den Antrag aus und senden ihn unterschrieben an die zentrale Postadresse

IKK Südwest
66098 Saarbrücken

zurück. So können wir Ihren Antrag schnellstmöglich bearbeiten und zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit an den Medizinischen Dienst (MD) weiterleiten.

Sie benötigen Unterstützung beim Ausfüllen der Unterlagen oder haben noch offene Fragen? Ihre persönliche Kundenberaterin Larissa Schmitt steht Ihnen gerne unter 06 81 3876-1470 zur Seite.

Sie haben zudem die Möglichkeit, sich an einen regionalen Pflegestützpunkt in Ihrer Nähe zu wenden. Dort erhalten Sie eine umfassende, neutrale und unentgeltliche Beratung, nach Möglichkeit auch in Ihrer häuslichen Umgebung, zu allen Themen rund um die Pflege- und Betreuungsangebote in Ihrer Region.



Gerne kümmern wir uns kurzfristig um einen konkreten Beratungstermin. Sie können sich aber auch selbst direkt an Ihren zuständigen Pflegeberater wenden und mit diesem einen passenden Termin vereinbaren:

Pflegestützpunkt
Kaiser-Friedrich-Ring 31
66740 Saarlouis
Tel.: 06831 120630

Haben Sie noch Fragen? Rufen Sie uns an. Wir beraten Sie gerne.

Mit freundlichen Grüßen



Katharina Regint
Kundenberaterin

Anlage



Pflegekasse
IKK Südwest
66098 Saarbrücken

Absender
Oleksandr Mukshynov
Altes Werk 20 a
66130 Saarbrücken

Versichertennummer:
4433659018

ANTWORT

Antrag auf Leistungen der IKK Pflegeversicherung

Telefonnummer/Ansprechpartner: _____
(Bitte geben Sie für eventuelle Fragen Telefonnummer und Ansprechpartner an.)

Ggf. Betreuer/Bevollmächtigter
(Bitte fügen Sie die Betreuungsurkunde bzw. eine Vollmacht bei)

Name, Vorname

Straße, Hausnummer

PLZ

Ort

Telefonnummer

Ich beantrage folgende Leistungsart (bitte ankreuzen)

- ☐ **Pflegesachleistungen** (Pflege durch einen zugelassenen Pflegedienst)
- ☐ **Pflegegeld** (Pflege durch eine private Pflegeperson)
- ☐ **Kombinationsleistung** (Pflege durch eine private Pflegeperson und einen zugelassenen Pflegedienst)
- ☐ **Stationäre Pflege ab** (dauerhafte Pflege in einem Pflegeheim)
- ☐ **Leistungen der Pflegeversicherung in einer vollstationären Einrichtung der Behindertenhilfe**
ab



Name, Vorname: Mukshynov, Oleksandr

Versichertennummer: 4433659018

Geburtsdatum: 12.01.2010

Die Pflegetätigkeiten werden durchgeführt von:

☐

Private Pflegepersonen

Bitte tragen Sie hier den Namen und die Anschrift der Pflegepersonen sowie deren Telefonnummer bzw. E-Mail-Adresse ein. Bei Platzmangel verwenden Sie bitte ein weiteres Blatt.

Pflegeperson 1:	Pflegeperson 2:
Name, Vorname	Name, Vorname
Straße, Hausnummer	Straße, Hausnummer
PLZ Ort	PLZ Ort
Telefonnummer	Telefonnummer
E-Mail	E-Mail

☐

Pflegedienst

Name

Straße, Hausnummer

PLZ

Ort

Telefonnummer

☐

Pflegeheim

☐

Einrichtung für behinderte Menschen

Name

Straße, Hausnummer

PLZ

Ort

Telefonnummer



Name, Vorname: Mukshynov, Oleksandr

Versichertennummer: 4433659018

Geburtsdatum: 12.01.2010

Zahlung des Pflegegeldes

☐ auf mein eigenes Konto

☐ auf ein anderes Konto

Name, Vorname des Kontoinhabers

Straße, Hausnummer

PLZ

Ort

IBAN

BIC

Name des Kreditinstitutes

Ursachen der Pflegebedürftigkeit

Arbeitsunfall/Berufskrankheit

☐ Nein

☐ Ja

Versorgungsleiden/Kriegsschaden/Wehrdienstschaden

☐ Nein

☐ Ja

Sonstiger Unfall (z. B. Autounfall)

☐ Nein

☐ Ja

Ich erhalte bereits Pflegeleistungen von anderen Leistungsträgern
oder habe diese beantragt
(z. B. Unfallversicherung, Versorgungsamt, Sozialamt)

☐ Nein

☐ Ja*

Name

Straße, Hausnummer

PLZ

Ort

Aktenzeichen der zuständigen Stelle

* Bitte eine Kopie des Anerkennungsbescheides beifügen

Beihilfeansprüche

Ich habe Ansprüche auf Beihilfe

☐ Nein

☐ Ja*

Wenn Ja*

☐ Eigener Beihilfeanspruch, z. B. als Beamter, Richter,
Berufssoldat oder wegen Bezug einer Beamten-/
Witwenpension

☐ Beihilfeanspruch als Ehepartnerin/
Ehepartner ("berücksichtigungsfähige
Angehörige")

Name der Beihilfestelle

Straße, Hausnummer

PLZ

Ort

* Bitte fügen Sie den Bescheid Ihrer Beihilfestelle bei



Name, Vorname: Mukshynov, Oleksandr

Versichertennummer: 4433659018

Geburtsdatum: 12.01.2010

Vorversicherungszeiten

Ansprüche auf Leistungen der Pflegeversicherung haben alle Versicherte, die innerhalb der letzten 10 Jahre mindestens zwei Jahre selbst als Mitglied oder über eine Familienversicherung in der gesetzliche Pflegeversicherung versichert waren.

Falls Sie noch keine zwei Jahre bei unserer IKK Südwest versichert sind, geben Sie bitte in der nachstehenden Tabelle Ihre Versicherungszeiten an.

vom bis zum bei (Krankenkasse)

vom bis zum bei (Krankenkasse)

Mein behandelnder Arzt

Name des Arztes

Straße, Hausnummer

PLZ

Ort

Telefonnummer

Ich bin damit einverstanden, dass mein o. a. Arzt vorhandene ärztliche Berichte, Gutachten und Befunddokumentationen dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) zur Verfügung stellt, soweit sie für die Begutachtung der Pflegebedürftigkeit erforderlich sind (§ 100 SGB X).

☐ Ja ☐ Nein

Ich bin damit einverstanden, dass sofern von mir eine ausführliche Beratung nach § 7a SGB XI durch einen regionalen Pflegestützpunkt gewünscht wird, diesem die zur konkreten Terminvereinbarung erforderlichen Kontaktdaten übermittelt werden.

☐ Ja ☐ Nein

Ort

Datum

Unterschrift der/des Versicherten/Bevollmächtigten

Datenschutzhinweis:

Diese Daten werden zur Erfüllung unserer Aufgaben nach § 94 Abs. 1 SGB XI zum Zwecke der Gewährung von Leistungen der Pflegeversicherung erhoben und verarbeitet. Ihr Mitwirken ist nach § 60 SGB I erforderlich. Fehlende Mitwirkung kann zu Nachteilen bei den Ansprüchen auf Leistungen der Pflegeversicherung führen. Die Angabe der Telefonnummer und E-Mail-Adresse ist freiwillig. Sie dienen der schnellen Kontaktaufnahme bei Rückfragen zu Ihren Angaben.

Weitere Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten finden Sie unter www.ikk-suedwest.de/datenschutzhinweise.

