

Antrag auf Umstellung der Pflegeleistung

Angaben zur pflegebedürftigen Person

Name, Vorname		Geburtsdatum	
Straße	Hausnummer	Versichertennummer	
PLZ	Ort	Telefonnummer	

Ich beantrage eine andere Leistungsart

Bisherige Leistungsart:

- Pflegegeld Sachleistung Kombinationsleistung
 Tages- oder Nachtpflege Vollstationäre Pflege

Neue Leistungsart:

- Pflegegeld Sachleistung Kombinationsleistung
 Tages- oder Nachtpflege Vollstationäre Pflege

Datum der Umstellung (Beginn der neuen Leistung) _____.

Die Pflege wird durchgeführt von

Pflegeperson:

Name, Vorname der Pflegeperson	Straße	Hausnummer
Telefonnummer	PLZ	Ort

Pflegedienst/Pflegeeinrichtung:

Name Pflegedienst/Pflegeeinrichtung	Straße	Hausnummer
Telefonnummer	PLZ	Ort

Name, Vorname

Versichertennummer



Bankverbindung für die Zahlungen der Pflegekasse (z. B. Pflegegeld)

auf mein eigenes Konto

auf das Konto meiner Vertrauensperson

IBAN

BIC

Geldinstitut

Name, Vorname Kontoinhaber

Datum und Ort

Unterschrift des Versicherten oder des gesetzlichen Vertreters

Datenschutzhinweis

Die Daten werden ausschließlich zur Erfüllung unserer Aufgaben nach § 94 Abs. 1 SGB XI zum Zwecke der Prüfung und Zahlung der Pflegeleistungen nach §§ 36 bis 38 und § 43 SGB XI I erhoben und verarbeitet. Ihr Mitwirken ist nach § 60 SGB I erforderlich. Fehlende Mitwirkung kann zu Nachteilen führen, da wir dann ggf. über die Leistung der Pflege nicht entscheiden können (§ 66 Abs. 1 SGB I). Weitere Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten finden Sie auf unserer Internetseite www.debeka-bkk.de/datenschutz.