

Bitte senden an:

Änderungsantrag ambulante Pflegeleistung

Name, Vorname

Versichertennummer

Angaben zur Pflegeleistung

Ich beziehe derzeit folgende **Pflegeleistung(en)**:

Hiermit beantrage ich ab dem _____ die folgende(n) **Pflegeleistung(en)**:

- Pflegegeld
- Sachleistung (ambulanter Pflegedienst)
- Kombinationsleistung aus
 - Sachleistung (ambulanter Pflegedienst)
 - Angebote zur Unterstützung im Alltag (ambulante Pflegedienste oder andere zugelassene Anbieter)
 - Pflegegeld
- Tages- und Nachtpflege (teilstationäre Pflegeeinrichtung)

Bankverbindung, auf die die Erstattung erfolgen soll

IBAN

BIC (nur für Auslandsüberweisungen)

Konto-Inhaber

Wer führt die Pflege durch?

- Pflegegeld:** Meine private Pflegeperson ist / Meine privaten Pflegepersonen sind:

Name der Pflegeperson (1)

Telefonnummer

Anschrift

Name der Pflegeperson (2)

Telefonnummer

Anschrift

- Meine Pflegeperson (1) möchte Freistellung nach dem **Pflegezeitgesetz** in Anspruch nehmen.

bitte wenden

Ambulanter Pflegedienst

- Ich bitte um Unterstützung bei der Suche nach einem ambulanten Pflegedienst.
 Ich habe mich bereits für einen Vertragspartner der DAK-Gesundheit Pflegekasse entschieden. Die Pflegeeinsätze werden geleistet von:

Name des Pflegedienstes	Telefonnummer
Anschrift des Pflegedienstes	

Anbieter von Angeboten zur Unterstützung im Alltag

- Ich bitte um Unterstützung bei der Suche nach einem entsprechenden Anbieter.
 Ich habe mich bereits für einen zugelassenen Anbieter entschieden:

Name des Anbieters	Telefonnummer
Anschrift des Anbieters	

Tages- und Nachtpflegeeinrichtung (teilstationäre Pflege)

- Ich bitte um Unterstützung bei der Suche nach einer Tages- und Nachtpflegeeinrichtung.
 Ich habe mich bereits für die folgende Vertragseinrichtung entschieden:

Name der Tagespflegeeinrichtung	Telefonnummer
Anschrift der Tagespflegeeinrichtung	

Ambulant betreute Wohngruppe

Anschrift der Einrichtung	
Name der Präsenzkraft	Telefonnummer der Präsenzkraft

Wurde für Sie ein gesetzlicher Betreuer bestellt oder haben Sie jemanden bevollmächtigt?

- nein ja, Informationen liegen Ihnen bereits vor
 ja, (bitte Name/Anschrift des Betreuers/Bevollmächtigten angeben und Kopie des Betreuungsausweises oder der Vollmacht beifügen):

Name des Betreuers	Telefonnummer
Anschrift des Betreuers	

Wenn Sie bisher Pflegegeld bezogen haben, werden wir eventuell zu viel gezahlte Gelder mit den laufenden Leistungen verrechnen. Sollte dies nicht möglich sein, melden wir uns bei Ihnen. Sie müssten uns dann das zu viel gezahlte Pflegegeld zurückerstatten.

Ort, Datum

Unterschrift des Versicherten oder des Betreuers/Bevollmächtigten
(nur in Verbindung mit einer Kopie von Betreuerausweis oder Vollmacht möglich)

Datenschutzhinweis: Diese Daten werden nach § 60 Sozialgesetzbuch Erstes Buch (SGB I) in Verbindung mit § 94 SGB XI erhoben.