

PFLEGEKASSE

Telefonische Erreichbarkeit:
040 32532555

Bitte senden an:

[]

[]

Änderungsantrag ambulante Pflegeleistung

Persönliche Angaben

Name, Vorname	Geburtsdatum	Krankenversicherten-Nr.
Anschrift	Vorwahl	Rufnummer

Bankverbindung

IBAN	BIC (nur für Auslandsüberweisungen)
Geldinstitut	
Kontoinhaber (falls abweichend)	

Angaben zur Pflegeleistung

Ich beziehe derzeit folgende **Pflegeleistungen**: _____

Hiermit beantrage ich ab dem _____ Datum nachfolgende **Pflegeleistungen**:

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

Wer führt die Pflege durch?

- Die Pflege wird von folgender ambulanten Pflegeeinrichtung (Pflegedienst) durchgeführt:

Name des Pflegedienstes	
Straße	
Hausnummer	
PLZ	Ort
Vorwahl	Rufnummer

- Ich bitte um Unterstützung bei der Suche einer ambulanten Pflegeeinrichtung (Pflegedienst)

Anbieter von Angeboten zur Unterstützung im Alltag

Ich bitte um Unterstützung bei der Suche eines entsprechenden Anbieters.

Ich habe mich bereits für einen zugelassenen Anbieter entschieden:

Name des Anbieters			
Straße			Hausnummer
PLZ	Ort	Vorwahl	Rufnummer

Meine private Pflegeperson ist (bitte angeben, wenn **Pflegegeld beantragt wird):**

Name		Vorname	
Straße			Hausnummer
PLZ	Ort	Vorwahl	Rufnummer

Meine Pflegeperson beabsichtigt Freistellung nach dem Pflegezeitgesetz in Anspruch zu nehmen

Die Pflege wird von folgender Tages- und Nachtpflegeeinrichtung (teilstationäre Pflege) durchgeführt:

Name der Tages- und Nachtpflegeeinrichtung			
Straße			Hausnummer
PLZ	Ort	Vorwahl	Rufnummer

Ich bitte um Unterstützung bei der Suche einer Tages- und Nachtpflegeeinrichtung

Ambulant betreute Wohngruppe (bitte Name der Präsenzkraft, Anschrift der Einrichtung angeben)

Name der Präsenzkraft			
Name der Einrichtung			
Straße			Hausnummer
PLZ	Ort	Vorwahl	Rufnummer

Unterschrift

Ort, Datum

Unterschrift des Versicherten/ Betreuers/ Bevollmächtigten

Datenschutzhinweis: Diese Daten werden nach § 60 SGB I in Verbindung mit § 94 SGB XI erhoben.

