

Änderungsantrag ambulante Pflegeleistung

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)

Age Group	Percentage
18-24	10%
25-34	15%
35-44	20%
45-54	25%
55-64	30%
65-74	35%
75-84	40%
85+	45%

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) beabsichtigt, die Freistellung nach dem **Pflegezeitgesetz** in Anspruch zu nehmen.
- ☐ Meine Pflegeperson (2) beabsichtigt, die Freistellung nach dem **Pflegezeitgesetz** in Anspruch zu nehmen.

Versicherte(r)

KVNR

DSt

☐ **Ambulanter 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

Falls Sie Unterstützung bei der Suche nach einem Leistungserbringer benötigen, melden Sie sich gerne bei uns und wir helfen bei der Suche. Sie erreichen unsere Kundenberatung telefonisch unter 040 325 325 555.

☐ **Anbieter von Angeboten zur Unterstützung im Alltag**

- ☐ Ich habe mich bereits für einen zugelassenen Anbieter entschieden:

Name des Anbieters

Telefonnummer

Anschrift des Anbieters

Falls Sie Unterstützung bei der Suche nach einem entsprechenden Anbieter benötigen, melden Sie sich gerne bei uns und wir helfen bei der Suche. Sie erreichen unsere Kundenberatung telefonisch unter 040 325 325 555.

☐ **Tages- und Nachtpflegeeinrichtung (teilstationäre Pflege)**

- ☐ Ich habe mich bereits für die folgende Vertragseinrichtung entschieden:

Name der Tagespflegeeinrichtung

Telefonnummer

Anschrift der Tagespflegeeinrichtung

Falls Sie Unterstützung bei der Suche nach einer Tages- und Nachtpflegeeinrichtung benötigen, melden Sie sich gerne bei uns und wir helfen bei der Suche. Sie erreichen unsere Kundenberatung telefonisch unter 040 325 325 555.

☐ **Ambulant betreute Wohngruppe**

Anschrift der Einrichtung

Name der Präsenzkraft

Telefonnummer der Präsenzkraft

Ich habe Anspruch auf Beihilfe nach beamtenrechtlichen Vorschriften/Heilfürsorge, da

- ich im öffentlichen Dienst oder bei einem Arbeitgeber, der sich an die Beihilfevorschriften im öffentlichen Dienst anlehnt, beschäftigt bin/war
oder
- ich eine Hinterbliebenenversorgung aus einem öffentlich-rechtlichen Dienstverhältnis meines Ehegatten/eines Elternteils erhalte
oder

weiter auf Seite 3

Versicherte(r)

KVNR

DSt

- mein Ehegatte/mein Elternteil im öffentlichen Dienst beschäftigt ist/war

Name der beihilfeberechtigten Person

Vorname der beihilfeberechtigten Person

☐ nein

☐ ja (Bitte fügen Sie eine Kopie des Bescheides bei):

Name, Anschrift und Aktenzeichen der Beihilfestelle

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.