

Bitte senden an:

--	--

PFLEGEKASSE

Telefonische Erreichbarkeit:  
040 325325555

## 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.