

Bitte zurück an:

SKD BKK Pflegekasse
Hauptverwaltung
Schultesstraße 19 A
97421 Schweinfurt

Antrag auf Umstellung der Pflegeleistungen ab _____

Meine persönlichen Daten	
Name, Vorname, Geburtstag des Pflegebedürftigen	Krankenversichertennummer
Anschrift des Pflegebedürftigen	Telefonnummer

Ich beziehe bisher Leistungen nach dem pf_aktuellePflegeStufe als	
<input type="checkbox"/> Geldleistung (Pflegegeld)	<input type="checkbox"/> Sachleistung (Pflegedienst)
<input type="checkbox"/> Kombinationsleistung (Sach- und Geldleistungen)	<input type="checkbox"/> vollstationäre Leistungen (in einem Pflegeheim)
<input type="checkbox"/> Tages- oder Nachtpflege (in einer entsprechenden Pflegeeinrichtung)	

Ich wünsche die Umstellung der Pflegeleistungen auf	
<input type="checkbox"/> Geldleistung (Pflegegeld)	<input type="checkbox"/> Sachleistung (Pflegedienst)
<input type="checkbox"/> Kombinationsleistung (Sach- und Geldleistungen)	<input type="checkbox"/> vollstationäre Leistungen (in einem Pflegeheim)
<input type="checkbox"/> Tages- oder Nachtpflege (in einer entsprechenden Pflegeeinrichtung)	
* An die Entscheidung der Umstellung auf Kombinationsleistung , sind Sie grundsätzlich für die Dauer von 6 Monaten gebunden.	

<input type="checkbox"/> Ich möchte einen Teil (maximal 40 %) meines Anspruchs auf Pflegesachleistungen für „Angebote zur Unterstützung im Alltag“ verwenden (Umwandlungsanspruch). Mir ist bekannt dass durch diese Umwandlung mein übriger Leistungsanspruch (Sachleistung oder Pflegegeld) entsprechend gemindert wird.
--

Die Pflege wird durchgeführt von (bitte unbedingt ausfüllen):	
Name, Vorname, Adresse, Telefon (Pflegeperson, Pflegedienst, Pflegeeinrichtung)	
<input type="checkbox"/> im eigenen Haushalt	<input type="checkbox"/> in einer Pflegeeinrichtung / Pflegeheim
<input type="checkbox"/> in der Wohngemeinschaft / Wohngruppe (mit mehreren Pflegebedürftigen)	<input type="checkbox"/> Sonstige: _____

Folgende Pflegepersonen pflegen mich weiterhin aktiv:	
Name, Vorname, Anschrift, Telefonnummer	
Name, Vorname, Anschrift, Telefonnummer	
Name, Vorname, Anschrift, Telefonnummer	

Datenschutzhinweis: Die Datenerhebung beruht auf § 67a Sozialgesetzbuch, Zehntes Buch (SGB X) i. V. m. § 60 Sozialgesetzbuch, Erstes Buch (SGB I) und ist zur Entscheidung über die Gewährung der beantragten Leistung(en) erforderlich. Die Angabe der E-Mail-Adresse und Telefonnummer ist freiwillig. Weitere Informationen über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten durch uns und über Ihre Rechte nach der EU-Datenschutz-Grundverordnung erhalten Sie auf unserer Homepage unter www.skdbkk.de/rechtliches/datenschutz/



Datum, Unterschrift des Versicherten bzw. des gesetzlichen Vertreters oder Bevollmächtigten (Bitte Kopie des Betreuerausweises/der Vollmacht beifügen!)