

Bitte zurück an:

SKD BKK Pflegekasse
Hauptverwaltung
Schultesstraße 19 A
97421 Schweinfurt

Antrag auf Umstellung der Pflegeleistungen

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

Ich beziehe bisher folgende Leistungen	
<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	
ab _____ 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.	

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 (§ 67a Abs. 3 SGB X): Damit wir unsere Aufgaben nach §§ 7, 28 SGB XI erfüllen können, ist Ihr Mitwirken gemäß § 60 SGB I erforderlich. Ihre Daten sind im vorliegenden Fall aufgrund § 94 SGB XI zu erheben. Fehlt Ihre Mitwirkung, kann dies zu Nachteilen (z. B. bei den Leistungsansprüchen) führen.

X

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