

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	Krankenversicherungsnummer
Anschrift des Pflegebedürftigen	Telefonnummer

Ich beziehe bisher Leistungen nach dem 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/555-0-Datenschutzrecht-EU-DSGVO.



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