

Bitte senden an:

### Änderungsantrag ambulante Pflegeleistung

Name, Vorname	Versichertennummer
---------------	--------------------

#### Angaben zur Pflegeleistung

Ich beziehe derzeit folgende **Pflegeleistung(en)**: \_\_\_\_\_

Hiermit beantrage ich ab dem \_\_\_\_\_ die folgende(n) **Pflegeleistung(en)**:

- Pflegegeld
- Sachleistung (ambulante Pflegedienst)
- Kombinationsleistung aus
  - Sachleistung (ambulante 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)
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) möchte Freistellung nach dem **Pflegezeitgesetz** in Anspruch

**Ambulanter Pflegedienst**

- Ich bitte um Unterstützung bei der Suche nach einem ambulanten 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

**Anbieter von Angeboten zur Unterstützung im Alltag**

- Ich bitte um Unterstützung bei der Suche nach einem entsprechenden Anbieter.  
 Ich habe mich bereits für einen zugelassenen Anbieter entschieden:

Name des Anbieters

Telefonnummer

Anschrift des Anbieters

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

- Ich bitte um Unterstützung bei der Suche nach einer Tages- und Nachtpflegeeinrichtung.  
 Ich habe mich bereits für die folgende Vertragseinrichtung entschieden:

Name der Tagespflegeeinrichtung

Telefonnummer

Anschrift der Tagespflegeeinrichtung

**Ambulant betreute Wohngruppe**

Anschrift der Einrichtung

Name der Präsenzkraft

Telefonnummer der Präsenzkraft

**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.