

\_\_\_\_\_  
Vorname und Name

\_\_\_\_\_  
Straße und Hausnummer

\_\_\_\_\_  
PLZ und Wohnort

**Pflegekasse bei der  
AOK Nordost - Die Gesundheitskasse  
14456 Potsdam**

\_\_\_\_\_  
**Versichertennummer**

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

### Wechsel der Pflegeleistung

Ich beantrage ab \_\_\_\_\_ die Änderung der Pflegeleistungen. Folgende Leistung/-en wähle ich:

- Pflegesachleistung** (durch Pflegekräfte von ambulanten Pflegediensten)  
 **Pflegegeld** (für eine private Pflegeperson, z. B. Familienangehörige)  
 **Tages-/Nachtpflege** (Stundenweise Versorgung in einer teilstationären Pflegeeinrichtung)
- eine **Kombination** aus  Pflegesachleistung  Pflegegeld  Tages-/Nachtpflege
- Vollstationäre Pflege** (da eine Pflege im häuslichen Bereich nicht möglich ist)  
 **Vollstationäre Pflege in Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen**

1. Die Pflege erhalte ich durch:

- professionelle Pflege von einem ambulanten Pflegedienst



Zeltn und Brauner GbR | Jahnstraße 53, 01043 Weißwasser  
Telefon +49 3576 21 97 92 | Fax +49 3576 21 98 67

\_\_\_\_\_  
Name und Anschrift des Pflegedienstes

*JK: 461422 989*

- familiäre, nachbarschaftliche oder ehrenamtliche Pflege. Meine privaten Pflegepersonen sind:  
(**Wichtig:** Vorname, Name, Anschrift und Telefonnummer\* aller pflegenden Personen)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- professionelle Pflege in folgender teilstationärer, vollstationärer Pflegeeinrichtung oder vollstationärer Einrichtung der Hilfe für behinderte Menschen

\_\_\_\_\_  
Name und Anschrift der Pflegeeinrichtung

Name: \_\_\_\_\_

Versichertennummer: \_\_\_\_\_

2. Für Überweisungen der Pflegekasse (z. B. im Falle der Gewährung von Pflegegeld) gilt folgende Bankverbindung:

\_\_\_\_\_  
Name des Geldinstituts

BIC\*: \_\_\_\_\_ \*Diese Angaben finden Sie auf Ihrem Kontoauszug.

IBAN\*: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Kontoinhaber (Vorname Name)

\_\_\_\_\_  
Adresse Kontoinhaber (falls nicht mit dem Versicherten identisch)



\_\_\_\_\_  
Datum und Unterschrift **abweichender Kontoinhaber**



\_\_\_\_\_  
Datum und Unterschrift des **Versicherten/Betreuers/Bevollmächtigten/gesetzlichen Vertreters**

**Datenschutzhinweis:** Die Daten werden zur Erfüllung der Aufgaben der Pflegekasse nach § 94 Abs. 1 Sozialgesetzbuch, 11. Buch - SGB XI zum Zwecke der Feststellung von Leistungsansprüchen aus der Pflegeversicherung (SGB XI) erhoben und verarbeitet. Ihr Mitwirken ist nach § 60 SGB I erforderlich. Fehlende Mitwirkung kann zu Nachteilen bei der Leistungsgewährung führen. Allgemeine Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten finden Sie unter [www.aok.de/nordost/datenschutzrechte](http://www.aok.de/nordost/datenschutzrechte).

Noch eine Besonderheit für beihilfeberechtigte Pflegebedürftige: Wird die Pflege durch eine ehrenamtliche Pflegeperson durchgeführt, für die im Rahmen ihrer Pflegetätigkeit eine Rentenversicherungspflicht festgestellt wurde, muss die Pflegekasse die Daten der Pflegeperson an die Beihilfestelle melden.

**Wichtige Informationen der Pflegekasse:**

Bei einem Antrag auf Änderung der Leistungen erfolgt keine neue Begutachtung.

Bitte beantragen Sie rechtzeitig vor Beginn eine Änderung der Leistung, dadurch werden Überzahlungen verhindert.

Bitte benutzen Sie den Antrag nur, wenn Sie bei der Pflegekasse der AOK Nordost - Die Gesundheitskasse (für die Länder Berlin, Brandenburg und Mecklenburg-Vorpommern) versichert sind.

Vielen Dank.