

Kranken-/Pflegeversicherten-Nr.

Name, Vorname der/des Versicherten

KNAPPSCHAFT
Fachzentrum Pflege
45095 Essen

Pflegeversicherung

Umstellung der Leistungsart

ausgestellt am _____ aufgrund des Antrages vom _____

Ich beziehe zurzeit

- Pflegegeld
- Pflegesachleistung
- Leistungen der vollstationären Pflege
- Kombinationsleistung mit einem monatlichen Wahlbetrag für den Pflegedienst in Höhe von _____ Euro
- Pflegegeld und Tages-/Nachtpflege
- Pflegesachleistung und Tages-/Nachtpflege
- _____

und beantrage ab dem _____

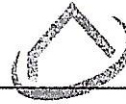
- die Umstellung in
- zusätzlich die Inanspruchnahme von

<input type="checkbox"/> Pflegegeld Als Pflegeperson ist/sind tätig

Name, Vorname, Geburtsdatum, Adresse, Telefonnummer

Pflegesachleistung

Ich nehme folgenden Pflegedienst in Anspruch:



Ambulanter
Pflegedienst
zu Hause

Zehm und Brauner GBR | Jehnstraße 53, 02943 Weißwasser
Telefon +49 3576 21 97 92 | Fax +49 3576 21 99 27

JK: 467 422 989

Name, Anschrift und Telefonnummer der Einrichtung (soweit bereits bekannt)

und zusätzlich Leistungen der Tages-/Nachtpflege

Ich nehme folgende Tages-/Nachtpflegeeinrichtung in Anspruch:

Name, Anschrift und Telefonnummer der Einrichtung (soweit bereits bekannt)

die Änderung des Wahlbetrages für die

Pflegesachleistung von derzeit _____ Euro auf _____ Euro.

Mir ist bekannt, dass gegebenenfalls überzahlte Pflegegeldbeträge zurückgezahlt werden müssen.

Für Rückfragen erreichen Sie mich/meine Pflegeperson unter der Telefonnummer*

Ort, Datum

Unterschrift (des Bevollmächtigten)

* Zum Zwecke einer zeitnahen Antragsbearbeitung und zur Klärung offener Fragen ist es erforderlich, dass Sie uns Ihre Telefonnummer oder die Telefonnummer einer Kontaktperson angeben.