

Name, Vorname:
Straße, PLZ, Ort:
Versicherungsnummer:

**Antwort an:**

pronova BKK, 67058 Ludwigshafen

## Antrag auf Umstellung der Pflegeleistung

Datum der Umstellung (Beginn der neuen Leistung):    .    .

**Pflegegeld (Pflege durch Privatpersonen)**

Name der Pflegeperson:
Straße, Hausnummer:
PLZ, Ort:

**Kombinations-/Sachleistung (Pflege durch einen ambulanten Pflegedienst)**

Name des Pflegedienstes:
Straße, Hausnummer:
PLZ, Ort:

Sofern neben dem Pflegedienst eine private Pflegeperson an Ihrer Pflege beteiligt ist, ergänzen Sie bitte die Daten der Pflegeperson unter dem Punkt Pflegegeld.

**vollstationäre Pflege in einer Einrichtung der Hilfe für behinderte Menschen**

Name der Einrichtung:
Straße, Hausnummer:
PLZ, Ort:

**vollstationäre Pflege**

Name der Einrichtung:
Straße, Hausnummer:
PLZ, Ort:

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

Name der Einrichtung:
Straße, Hausnummer:
PLZ, Ort:

Diese Leistung kann zusätzlich zu Pflegegeld oder Kombinations-/ Sachleistung gewählt werden ohne auf diese Ansprüche angerechnet zu werden.

--	--

Datum

Unterschrift des Pflegebedürftigen oder des Bevollmächtigten/Betreuers