

Pronova BKK Pflegekasse  
67082 Ludwigshafen

Angaben Kund\*Innen der Pronova BKK

Name, Vorname:

Straße, PLZ, Ort:

Versicherungsnummer:

### **Antrag auf Versorgung mit digitalen Pflegeanwendungen (DiPA)**

Hiermit beantrage ich die Kostenübernahme folgender DiPA:

#### **Bezeichnung der DiPA und Anbieter\*in:**

---

---

---

#### **Aus welchen Gründen ist die DiPA erforderlich:**

---

---

---

---

---

#### **Es werden für die Nutzung der DiPA ergänzende Unterstützungsleistungen in Anspruch genommen:**

Nein.

Ja.

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

Straße mit Hausnummer: \_\_\_\_\_

Postleitzahl und Ort: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift pflegebedürftige, bevollmächtigte oder betreuende Person