Pronova BKK

Versichertennummer:

Antwort an:

Pronova BKK
67082 Ludwigshafen

Antrag auf Umstellung der Pflegeleistung – ambulant

Ab dem _____ wünsche ich folgende Leistungen:
Datum der Umstellung (bitte immer angeben)

☐ **Pflegegeld** (Pflege durch Privatpersonen)

Name der Pflegeperson 1: _____

Straße und Hausnummer: _____

Postleitzahl und Ort: _____

Name der Pflegeperson 2: _____

Straße und Hausnummer: _____

Postleitzahl und Ort: _____

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

Name des Pflegedienstes: _____

Straße und Hausnummer: _____

Postleitzahl und Ort: _____

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

Das Pflegegeld soll auf folgendes Konto überwiesen werden:

Geldinstitut: _____

Kontoinhaber: _____

Anschrift Kontoinhaber: _____

IBAN (International Bank Account Number)																						
D	E																					

_____ _____

Datum Unterschrift Pflegebedürftigte*r oder Bevollmächtigte*r/Betreuer*in

Pronova BKK

Versichertennummer:

Antwort an:

Pronova BKK
67082 Ludwigshafen

Renten- und Arbeitslosenversicherungspflicht für Pflegepersonen
Aufteilung der Pflegezeiten

Datum der Veränderung der Pflegesituation: _____

Pflegeperson 1
Vor- und Nachname _____
Straße/Hausnummer: _____
Postleitzahl und Ort: _____
Wöchentl. Pflegeaufwand: _____ Stunden _____ Minuten
An welchen Tagen? ☐ Mo. ☐ Di. ☐ Mi. ☐ Do. ☐ Fr. ☐ Sa. ☐ So.
☐ ist vollständig am _____ aus der Sicherstellung der Pflege ausgeschieden.

Pflegeperson 2
Vor- und Nachname _____
Straße/Hausnummer: _____
Postleitzahl und Ort: _____
Wöchentl. Pflegeaufwand: _____ Stunden _____ Minuten
An welchen Tagen? ☐ Mo. ☐ Di. ☐ Mi. ☐ Do. ☐ Fr. ☐ Sa. ☐ So.
☐ ist vollständig am _____ aus der Sicherstellung der Pflege ausgeschieden.

Pflegeperson 3
Vor- und Nachname _____
Straße/Hausnummer: _____
Postleitzahl und Ort: _____
Wöchentl. Pflegeaufwand: _____ Stunden _____ Minuten
An welchen Tagen? ☐ Mo. ☐ Di. ☐ Mi. ☐ Do. ☐ Fr. ☐ Sa. ☐ So.
☐ ist vollständig am _____ aus der Sicherstellung der Pflege ausgeschieden.

_____ _____
Datum Unterschrift Pflegeperson 1

_____ _____
Datum Unterschrift Pflegeperson 2

_____ _____
Datum Unterschrift Pflegeperson 3