

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

<input type="checkbox"/> Leistungen der Tages-/Nachtpflege Ich nehme folgende Tages-/Nachtpflegeeinrichtung in Anspruch:  _____  _____ Name, Anschrift und Telefonnummer der Einrichtung (soweit bereits bekannt)
<input type="checkbox"/> Pflegesachleistung Ich nehme folgenden Pflegedienst in Anspruch:  _____  _____ Name, Anschrift und Telefonnummer der Einrichtung (soweit bereits bekannt)
<input type="checkbox"/> Kombinationsleistung mit einem monatlichen Wahlbetrag für den Pflegedienst in Höhe von _____ Euro. Ich nehme folgenden Pflegedienst in Anspruch:  _____  _____ Name, Anschrift und Telefonnummer der Einrichtung (soweit bereits bekannt)
<input type="checkbox"/> Pflegegeld Als Pflegeperson ist/sind tätig  _____  _____ Name, Vorname, Geburtsdatum, Adresse, Telefonnummer  <input type="checkbox"/> und zusätzlich Leistungen der Tages-/Nachtpflege Ich nehme folgende Tages-/Nachtpflegeeinrichtung in Anspruch:  _____  _____ Name, Anschrift und Telefonnummer der Einrichtung (soweit bereits bekannt)

<input type="checkbox"/> Pflegesachleistung Ich nehme folgenden Pflegedienst in Anspruch:  _____  _____ Name, Anschrift und Telefonnummer der Einrichtung (soweit bereits bekannt)
<input type="checkbox"/> und zusätzlich Leistungen der Tages-/Nachtpflege Ich nehme folgende Tages-/Nachtpflegeeinrichtung in Anspruch:  _____  _____ Name, Anschrift und Telefonnummer der Einrichtung (soweit bereits bekannt)
<input type="checkbox"/> _____

die Änderung des Wahlbetrages für die

<input type="checkbox"/> 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.
---