

Kranken-/Pflegeversicherten-Nr.

Name, Vorname der / des Versicherten

Sachbearbeiter(in)

Knappschaft

**Umstellung der Leistungsart im Rahmen der Pflegeversicherung**

ausgestellt am \_\_\_\_\_ aufgrund des Antrages vom \_\_\_\_\_

|   |
|---|
| <input type="checkbox"/> Ich beziehe zurzeit Pflegegeld und beantrage   |
| <input type="checkbox"/> die Umstellung in <input type="checkbox"/> zusätzlich die Inanspruchnahme der  |
| <input type="checkbox"/> Pflegesachleistung ab dem _____  |
| <input type="checkbox"/> Tages-/Nachtpflege ab dem _____  |
| Ich nehme folgende(n) Pflegeeinrichtung/Pflegedienst in Anspruch  |
| _____   |
| <input type="checkbox"/> Die Pflegesachleistung nehme ich in Höhe von monatlich _____ Euro in Anspruch.   |
| <input type="checkbox"/> Tages-/Nachtpflege nehme ich in Höhe von monatlich _____ Euro in Anspruch.   |
| Mir ist bekannt, dass gegebenenfalls überzahlte Pflegegeldbeträge zurückgezahlt werden müssen.  |
| <input type="checkbox"/> Ich beziehe zurzeit <input type="checkbox"/> <b>Pflegesachleistung</b> <input type="checkbox"/> <b>Tages-/Nachtpflege</b> und beantrage  |
| <input type="checkbox"/> Die Umstellung in Pflegegeld ab dem _____  |
| Als Pflegeperson(en) ist/sind tätig:  |
| <small>Name, Vorname, Geburtsdatum, Anschrift und Versicherungsnummer</small>   |
| _____   |
| _____   |
| <input type="checkbox"/> zusätzlich Pflegegeld  |
| <input type="checkbox"/> zusätzlich die Inanspruchnahme der <input type="checkbox"/> <b>Tages-/Nachtpflege</b> <input type="checkbox"/> <b>Pflegesachleistung</b> |
| ab dem _____ in Höhe von monatlich _____ Euro.  |
| Den Betrag für die <input type="checkbox"/> <b>Tages-/Nachtpflege</b> <input type="checkbox"/> <b>Pflegesachleistung</b>  |
| in Höhe von monatlich _____ Euro möchte ich   |
| <input type="checkbox"/> weiterhin in Anspruch nehmen   |
| <input type="checkbox"/> auf _____ Euro festlegen.  |
| <input type="checkbox"/> Ich nehme folgende(n) Pflegeeinrichtung/Pflegedienst in Anspruch   |
| _____   |

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.