
Name, Vorname Pflegebedürftiger

Adresse

Versichertennummer

Antrag auf Änderung der Leistungen der Pflegeversicherung

Ich beantrage hiermit die Umstellung der Leistungen _____

Geldleistung

Name/Anschrift der Pflegeperson

Sachleistung

Name/Anschrift des Pflegedienstes

Kombination von Sach- und Geldleistung

Name/Anschrift des Pflegedienstes

Name/Anschrift der Pflegeperson

Kombination Teilstationäre Pflege und Geldleistung

Name/Anschrift der Pflegeeinrichtung

Name/Anschrift der Pflegeperson

Kombination Teilstationäre Pflege und Sachleistung und Geldleistung

Name/Anschrift der Pflegeeinrichtung

Name/Anschrift des Pflegedienstes

Name/Anschrift der Pflegeperson

Angabe der Bankverbindung:

BIC

IBAN

Name der Bank

Kontoinhaber(in)

Datenschutzhinweis: Die Daten werden ausschließlich zur Erfüllung unserer Aufgaben nach § 94 Abs. 1 SGB XI zum Zwecke der Prüfung und Zahlung von Geld-, Sach-, Kombinationsleistungen, teilstationäre Pflegeleistungen nach den §§ 36, 37, 38, 41 SGB XI erhoben und verarbeitet. Ihr Mitwirken ist nach § 60 SGB I erforderlich. Fehlende Mitwirkung kann zu Nachteilen führen, da wir dann ggf. über die Geld-, Sach-, Kombinationsleistungen, teilstationäre Pflegeleistungen nicht entscheiden können

(§ 66 Abs. 1 SGB I).

Allgemeine Informationen zur Datenverarbeitung und Ihren Rechten finden Sie unter <https://aok.de/rps/datenschutzrechte>. Bei Fragen wenden Sie sich an die, Virchowstr. 30, 67304 Eisenberg oder unseren Datenschutzbeauftragten unter datenschutz@rps.aok.de

Datum

Unterschrift des/der Versicherten oder des Betreuers
(bitte ggf. Kopie des Betreuungsausweises beifügen)