BERGISCHE KRANKENKASSE

BERGISCHE KRANKENKASSE
Pflegekasse
42715 Solingen

Antrag auf Änderung der Pflegeleistungen

Name, Vorname des Pflegebedürftigen | Geburtsdatum | Versichertennummer

Ich wünsche ab dem _____ (Datum) die **Umstellung**

von (bisherige Leistung)

- ☐ Geldleistung
- ☐ Sachleistung
- ☐ Kombinationsleistung (Sach- und Geldleistung)

auf (neue Leistung)

- ☐ Geldleistung
- ☐ Sachleistung
- ☐ Kombinationsleistung (Sach- und Geldleistung)

Die Leistung wird ab dem _____ (Datum) von folgendem **Pflegedienst** erbracht:

Name, Adresse Pflegedienst

Die Pflege wird ab dem _____ (Datum) von folgender **Pflegeperson** erbracht:

Name, Vorname, Adresse Pflegeperson

Geldleistungen sollen auf folgende **Bankverbindung** überwiesen werden.

IBAN | Geldinstitut

Kontoinhaber

Die Daten werden zur Erfüllung der Aufgaben nach § 284 Abs. 1 SGB V und § 94 Abs. 1 SGB XI verarbeitet. Allgemeine Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten finden Sie auf www.bergische-krankenkasse.de/datenschutz oder werden Ihnen auf Wunsch ausgehändigt. Bei Fragen wenden Sie sich bitte an die BERGISCHE KRANKENKASSE, 42715 Solingen oder unseren Datenschutzbeauftragten unter datenschutz@bergische-krankenkasse.de.

Datum, Unterschrift Versicherter