

Bitte zurück an:  
Novitas BKK  
Pflegekasse  
47050 Duisburg

**Antrag auf Leistungsumstellung**

<b>Name, Vorname</b>	<b>Versicherten</b>	<b>Geburtsdatum</b>
<b>Anschrift</b>		<b>Versichertennummer</b>
<b>Telefonnummer</b>		

Ab dem 01. \_\_\_\_\_ \* beantrage ich:

Sachleistung (die Pflege wird durch Pflegefachkräfte eines Vertragspflegedienstes erbracht)

Geldleistung (die Pflege wird durch eine Privatperson / Privatpersonen erbracht)

Kombinationsleistung (die Pflege wird durch eine Privatperson und Pflegefachkräfte erbracht)

(Wenn Sie die Kombinationsleistung wählen, erhalten Sie die Geldleistung und die Sachleistung jeweils teilweise.)

Umwandlung von maximal 40% des Sachleistungsbetrags für Angebote zur Unterstützung im Alltag

Teilstationäre Pflege in Einrichtungen der Tages- oder Nachtpflege (die Pflege wird zusätzlich zur ambulanten Pflege in einer Einrichtung erbracht)

**Ich habe Anspruch auf beamtenrechtliche  
Beihilfe / Heilfürsorge:**

nein  ja

**Ich beziehe Leistungen der beamtenrechtlichen  
Beihilfe / Heilfürsorge  
(bitte fügen Sie eine Kopie des Bewilligungsbescheides bei)**

nein  ja ab \_\_\_\_\_


**Häusliche Situation:**

Alleinlebend  nein  ja

Lebensgemeinschaft (mit Ehepartner / Lebenspartner)  nein  ja

Andere Pflegepersonen  
(Bitte Name und Anschrift angeben)  nein  ja

Wohngruppe  nein  ja

<b>Die Pflege wird durchgeführt von</b>		
Name des Pflegedienstes / Betreuungsdienstes		
Anschrift des Pflegedienstes / Betreuungsdienstes, Telefonnummer		
Name der Tages- und Nachtpflegeeinrichtung		
Anschrift der Tages- und Nachtpflegeeinrichtung, Telefonnummer		
Name der privaten Pflegeperson		
Anschrift der privaten Pflegeperson, Telefonnummer		
		
<b>Bankverbindung des Pflegebedürftigen</b>		
Kontoinhaber		
Geldinstitut	BIC	IBAN

- Ja, ich bin damit einverstanden, dass die Novitas BKK die von mir angegebenen persönlichen Daten speichert und nutzt, um mich über die Vorteile einer Versicherung bei der Novitas BKK informieren und beraten zu können. Gern auch per Telefon oder E-Mail. Diese Einwilligung ist freiwillig und kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden. Die Daten werden nicht an Dritte weitergegeben.

Ort und Datum

Unterschrift der/des Versicherten bzw. der/des Bevollmächtigten

**Datenschutzhinweis:** Die Datenerhebung erfolgt auf Grundlage gesetzlicher Berechtigungen und ist für die Durchführung der Aufgaben der Novitas BKK erforderlich. Weitere Informationen zur Datenverarbeitung nach Artikel 13 DSGVO erhalten Sie im Internet unter [novitas-bkk.de/datenschutz](http://novitas-bkk.de/datenschutz)