

Antrag auf Leistungsartwechsel

Versicherungsnummer: PPV- _____ **Pflegegrad:** _____

Vorabhinweis: Dieser Antrag richtet sich an Versicherte, welche bereits Leistungen aus der Pflegepflichtversicherung erhalten und eine Umstellung der Leistungsart wünschen.

Hiermit wird für _____ (Name der versicherten Person),
geb. am _____, ab dem _____ (immer zum 1. des Monats; Ausnahme: Wechsel
von vollstationäre in ambulante Pflege) die Umstellung auf folgende Leistungsart beantragt:

Volles Pflegegeld bei selbst sichergestellter Pflege durch folgende private Pflegeperson(-en):

Name, Geburtsdatum und Anschrift der privaten Pflegeperson(-en)	Pflegeaufwand	
	Stunden/Woche	Tage/Woche

→ Das Pflegegeld wird am Ende eines jeden Monats rückwirkend per Dauerauftrag ausgezahlt.

(Gleitende) Kombinationsleistungen unter Einbezug folgender privater Pflegeperson(-en):

Name, Geburtsdatum und Anschrift der privaten Pflegeperson(-en)	Pflegeaufwand	
	Stunden/Woche	Tage/Woche

Bei der gleitenden Kombileistung werden die Kosten für den Pflegedienst nach Rechnungsvorlage bis zum gesetzlichen Höchstsatz gemäß § 36 SGB XI an den Versicherungsnehmer erstattet. Wird dieser Betrag nicht voll ausgeschöpft, zahlen wir automatisch ein prozentual anteiliges Pflegegeld aus.

Sachleistungen durch einen Pflegedienst (ohne Mithilfe durch private Pflegepersonen).

Die Erstattung erfolgt nach Rechnungsvorlage an den Versicherungsnehmer (keine Direktabrechnung mit Rechnungsaussteller).

Vollstationäre Pflege → Bitte schriftliche Aufnahmebestätigung der Pflegeeinrichtung übersenden.

→ Bei Auszug: Bitte schriftliche Auszugsbestätigung der Pflegeeinrichtung übersenden!

Senden Sie dieses Formular bitte ausgefüllt und unterschrieben – auch gerne per E-Mail (ppv.leistung@lkh.de) oder per Fax (04131 725-1393) – an uns zurück.

Sobald die Umstellung erfolgt ist, erhalten Sie von uns per Post einen geänderten Leistungsbescheid. Sollten Sie Anspruch auf Beihilfe haben, lassen Sie bitte Ihrer zuständigen Beihilfestelle eine Kopie des Leistungsbescheides zukommen.

Ort, Datum

X

Unterschrift der versicherten Person, des gesetzlichen
Vertreters oder einer sonstigen mit einer Vollmacht
versehene(n) Person (Bitte Vollmacht beifügen)