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 ambulante/ vollstationäre Pflege)* die Umstellung auf folgende Leistungsart beantragt:

☐ **Pflegegeld (ohne Inanspruchnahme eines Pflegedienstes)** 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 erhalten Sie das Pflegegeld in voller Höhe pauschal per Dauerauftrag jeweils am Ende des Monats ausgezahlt. Die Kosten für den Pflegedienst werden nach Rechnungsvorlage bis zum gesetzlichen Höchstsatz gemäß § 36 SGB XI an die/den Versicherungsnehmer:in erstattet. Wird dieser Betrag nicht voll ausgeschöpft, berechnen wir automatisch den prozentualen Anteil und das bereits gezahlte Pflegegeld wird entsprechend korrigiert.

☐ **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.

Bei Umstellung von ambulanter auf vollstationäre Pflege oder vollstationärer auf ambulante Pflege, erhalten Sie von uns per Post eine geänderte Leistungsmitteilung. Sollten Sie Anspruch auf Beihilfe haben, lassen Sie bitte Ihrer zuständigen Beihilfestelle eine Kopie der Leistungsmitteilung zukommen.

_____ X _____

Ort, Datum

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