

An  
R+V Betriebskrankenkasse  
Team Pflege  
65215 Wiesbaden

Datum: \_\_\_\_\_



## Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung – Umwandlungsantrag

### 1. Angaben zur pflegebedürftigen Person

Name, Vorname	
Straße, Hausnummer	
PLZ, Ort	
Geburtsdatum	
Versicherungsnummer	

Hiermit beantrage ich die Umstellung der Leistungsart meiner Pflegeleistungen ab dem \_\_\_\_\_  
(bitte immer ein Datum angeben)

**Hinweis:** Bitte beachten Sie, dass eine Leistungsumstellung zum Monatswechsel für eine unkomplizierte Abwicklung wünschenswert ist.

#### Ich beantrage ab diesem Datum Hilfen in Form von:

- Geldleistung – Die Pflege erfolgt durch eine private, selbstorganisierte Pflegeperson.
- Sachleistung – Die Pflege erfolgt durch einen zugelassenen Pflegedienst.
- Kombinationsleistung – Die Pflege erfolgt anteilig durch eine Privatperson und anteilig durch einen Pflegedienst.
- Vollstationäre Pflege in einem Pflegeheim
- Vollstationäre Pflege in einer Einrichtung für Menschen mit Behinderung

**Geldleistungen sollen auf folgende Bankverbindung gezahlt werden  
(auch bei Kombinationsleistung anzugeben):**

Kreditinstitut (Name): \_\_\_\_\_

IBAN

Die IBAN in Deutschland besteht aus 22 Zeichen (2-stelliger Ländercode, 2-stellige Prüfzahl, 8-stellige Bankleitzahl, 10-stellige Kontonummer), internationale IBANs können bis zu 31 Zeichen umfassen.

BIC

(8 oder 11-stellig)

Kontoinhabende Person \_\_\_\_\_

**Es bestehen Ansprüche auf Beihilfe oder Heilfürsorge im Pflegefall:**

- Ja                       Nein

**Die Pflege wird zukünftig durchgeführt von:**

Die Pflege wird durchgeführt von einem/einer:

- Pflegedienst, Pflegeheim, Tagespflegeeinrichtung, Einrichtung für Menschen mit Behinderung.

Der Pflegedienst/die Einrichtung ist tätig seit dem \_\_\_\_\_

Name der Einrichtung/ des Pflegedienstes	
Straße, Hausnummer	
PLZ, Ort	
Telefonnummer	

- Private Pflegeperson

	Pflegeperson 1	Pflegeperson 2	Pflegeperson 3
Name, Vorname			
Straße, Haus-Nr. PLZ, Ort			
Geburtsdatum			
Telefonnummer			
Ist die Pflegeperson neben der Pfllegetätig- keit berufstätig?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, seit _____ für <input type="checkbox"/> > 30 Std./Woche <input type="checkbox"/> <= 30 Std./Woche	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, seit _____ für <input type="checkbox"/> > 30 Std./Woche <input type="checkbox"/> <= 30 Std./Woche	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, seit _____ für <input type="checkbox"/> > 30 Std./Woche <input type="checkbox"/> <= 30 Std./Woche
Die Person hilft an (mind.) zwei unter- schiedlichen Tagen/ Woche, mind. 10 Std./ Woche:	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Seit wann wird gepflegt?			
Erhält die Pflegeper- son eine Vollrente wegen Alters oder eine vergleichbare Leistung nach Erreichen einer Altersgrenze?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, seit _____	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, seit _____	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, seit _____

**Datenschutzhinweis**

Damit wir unsere Aufgabe rechtmäßig erfüllen können, ist Ihr Mitwirken nach § 60 SGB I unter Angabe wahrheitsgemäßer Tatsachen erforderlich. Fehlt Ihre Mitwirkung, kann dies zu Nachteilen (z. B. bei den Leistungsansprüchen) führen. Wir verweisen auf die Folgen fehlender Mitwirkung nach § 66 SGB I. Bei der Erhebung der zur Antragsprüfung erforderlichen Daten richten wir uns nach den gesetzlichen Vorgaben (vgl. § 94 SGB XI). Ihre persönlichen Daten unterliegen dem Datenschutz (vgl. § 67 ff. SGB X). Liegt ein Beihilfeanspruch vor und sind rentenversicherungspflichtige Pflegepersonen vorhanden, werden diese an die Beihilfestelle zur Aufnahme der Beitragszahlung gemeldet.

Weitere Hinweise zum Datenschutz finden Sie unter [www.ruv-bkk.de/datenschutz](http://www.ruv-bkk.de/datenschutz).

**Unterschrift pflegebedürftige, betreuende oder bevollmächtigte Person**

Datum, Unterschrift pflegebedürftige, betreuende oder bevollmächtigte Person

**Bei diesem Antrag hat mitgewirkt:**

Name, Vorname, Anschrift, Tel.-Nr., Stellung zur pflegebedürftigen Person (z. B. betreuende Person)