

# Leistungen der Pflegeversicherung – Umstellung der Leistungsart

## 1 Angaben zum/zur Pflegebedürftigen

Name, Vorname		Geburtsdatum	
Straße	Hausnummer	PLZ	Ort
Versichertennummer		Telefon, tagsüber erreichbar (freiwillige Angabe)	

## 2 Angaben zur Pflegeleistung

Ich wünsche ab dem:  die Umstellung meiner Pflegeleistungen in:

**Pflegesachleistung** (Die Pflege wird durch Fachpersonal eines Pflegedienstes oder einer Sozialstation erbracht.)

Die Pflege wird durchgeführt von folgendem Pflegedienst (bitte Namen und Anschrift angeben):

Name des Pflegedienstes			
Straße	Hausnummer	PLZ	Ort

**Pflegegeld** (Die Pflege wird durch ehrenamtliche Personen erbracht, z.B. Familienangehörige, Freunde/Freundinnen oder Nachbarn/Nachbarinnen.)

Die Pflege wird durchgeführt von folgenden ehrenamtlichen Personen (bitte Namen und Anschrift angeben):

Name		Vorname	
Straße	Hausnummer	PLZ	Ort

**Kombinationsleistung** (Kombination aus Pflegegeld und Pflegesachleistung)

Die Pflege wird durchgeführt von folgenden ehrenamtlichen Personen (bitte Namen und Anschrift angeben):

Name		Vorname	
Straße	Hausnummer	PLZ	Ort

**und** von folgendem Pflegedienst (bitte Namen und Anschrift angeben):

Name des Pflegedienstes			
Straße	Hausnummer	PLZ	Ort

**Vollstationäre Pflege** (Die Pflege wird in einer vollstationären Pflegeeinrichtung erbracht.) inklusive zusätzlicher Betreuungsleistungen

Die Pflege wird durchgeführt von folgendem Pflegeheim (bitte Namen und Anschrift angeben):

Name der Pflegeeinrichtung			
Straße	Hausnummer	PLZ	Ort

## 3 Bankverbindung

Das Pflegegeld soll überwiesen werden auf folgende Bankverbindung:

Name, Vorname ZahlungsempfängerIn	
IBAN	

Datum	Ort
-------	-----

Unterschrift der/des Versicherten oder der/des Bevollmächtigten/Betreuers/Betreuerin/gesetzl. Vertreters/Vertreterin
--

**Hinweise zum Datenschutz und zur Mitwirkungspflicht:**

Ihr Mitwirken ist nach § 60 SGB I und § 28 SGB XI erforderlich. Fehlt Ihre Mitwirkung, kann dies zu Nachteilen (z. B. bei den Leistungsansprüchen) führen. Die datenschutzrechtlichen Informationen zur Verarbeitung Ihrer Daten finden Sie auf unserer Webseite unter [www.heimat-krankenkasse.de/datenschutz](http://www.heimat-krankenkasse.de/datenschutz) oder fordern Sie diese Informationen gerne direkt bei uns an.

**Heimat Krankenkasse**

Herforder Straße 23 · 33602 Bielefeld · Service-Telefon 0800 1060100 (kostenfrei)

Stand 02.2025



Bitte zurücksenden an:

Heimat Krankenkasse  
Pflegekasse  
Herforder Straße 23  
33602 Bielefeld