

Pflegekasse der TBK Thüringer Betriebskrankenkasse - Leipziger Straße 97 - 98617 Meiningen

**Pflegekasse der
TBK Thüringer Betriebskrankenkasse**
Körperschaft des öffentlichen Rechts

Servicestelle | Leipziger Straße 97
| 98617 Meiningen

Ansprechpartnerin | Christina Hermann
E-Mail | christina.hermann@tbk-gesundheit.de
Telefon | 03693 / 5055 320 oder 321
Fax | 03693 / 5055 323
Zimmernummer |

Datum |

Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung

Sehr geehrte Damen und Herren,

Ihre Pflegesituation hat sich geändert und das soll sich bei der Erbringung der Pflegeleistungen bemerkbar machen.

Wir senden Ihnen deshalb den beiliegenden Antrag und bitte Sie, diesen ergänzt und unterschrieben wieder zurück zu senden.

Haben Sie Fragen? Nutzen Sie unsere kostenfreie Hotline 0800 / 255 8324 oder besuchen Sie uns auf unserer Internetseite www.tbk-gesundheit.de.

Freundliche Grüße

Ihre TBK-Pflegekasse

Name, Vorname der / des Versicherten	Geburtsdatum	Versicherungsnummer
--------------------------------------	--------------	---------------------

Anschrift	Telefon
-----------	---------

Anschrift der Pflegekasse

Pflegekasse der
TBK Thüringer Betriebskrankenkasse
Leipziger Str. 97
98617 Meiningen

Pflegeleistungen

1. Umstellung

Es haben / werden sich Änderungen in meiner pflegerischen Versorgung ergeben.
Ich beantrage daher eine Umstellung auf folgende Leistung(en):

1.1 Sachleistung, ab dem: _____ nehme ich folgenden Pflegedienst in Anspruch:
Datum

Name, Anschrift und Rufnummer des Pflegedienstes / der Sozialstation

sowie anteiliges Pflegegeld, wenn die Sachleistung nicht voll ausgeschöpft wird. Voraussetzung hierfür ist, dass eine Pflegeperson vorhanden ist. (z. B. Lebenspartner, Angehörige, Freunde oder Nachbarn).

Name, Anschrift und Rufnummer der Pflegeperson

Hat die Pflegeperson (nicht die/der Pflegebedürftige) eine Rentenversicherungsnummer?

nein ja Rentenversicherungsnummer: _____
 es ist keine Pflegeperson vorhanden

1.2 Pflegegeld für eine private Pflegeperson ab dem: _____
Datum

Name, Anschrift und Rufnummer der Pflegeperson

Hat die Pflegeperson (nicht die/der Pflegebedürftige) eine Rentenversicherungsnummer?

nein ja Rentenversicherungsnummer: _____

Name, Vorname der / des Versicherten

Geburtsdatum

Versicherungsnummer

1.3 Tages- / Nachtpflege ab dem:

Datum

Name, Anschrift und Rufnummer der Tages- / Nachtpflegeeinrichtung:

- Ergänzend zur Tages- / Nachtpflege wird die Pflege im häuslichen Bereich sichergestellt. Bitte wählen Sie die jeweiligen Leistungen auf diesem Vordruck aus und tragen dort alle erforderlichen Informationen ein.

1.4 Vollstationäre Pflege ab dem:

Datum

Name, und Anschrift des Pflegeheims:

2. Höherstufung

- Ich beantrage eine Höherstufung. Mei Hilfebedarf in der Grundpflege hat sich seit der letzten Begutachtung erhöht.

3. Zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsleistungen (nur bei ambulanter Pflege möglich!)

- Ich beantrage zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsleistungen.
 Ergänzend möchte ich einen Teil des Sachleistungsanspruches für Betreuungs- und Entlastungsangebote in Anspruch nehmen (maximal bis zu 40 % des Anspruches möglich, gern beraten wir Sie zu den Möglichkeiten in einem persönlichen Gespräch).

4. Bankverbindung für die Überweisung der Pflege- / Betreuungsleistungen

Kontoinhaber

Kreditinstitut (Name) BIC: _____
(8 oder 11-stellig)

IBAN: _____
(max. 31-stellig)

5. Beratung

Ich wünsche eine telefonische Beratung: ja nein

Ich bin tagsüber zu erreichen unter: _____

Datum / Unterschrift der/des Versicherten
bzw. der/des Bevollmächtigten

Telefonnummer
(freiwillige Angabe)

Mit dieser Unterschrift beantragen Sie die Leistung