

# Antrag auf Leistungsumstellung

## Angaben zum Antragsteller (Name und Adresse)

  

## Versichertennummer

Telefonnummer

Bitte an die IKK classic schicken. Vielen Dank!

**IKK classic**  
**04063 Leipzig**

E-Mail [info@ikk-classic.de](mailto:info@ikk-classic.de)

Fax 0800 800 4551

### 1. Zeitpunkt der Leistungsumstellung:

Die Umstellung soll erfolgen ab

### 2. Die Pflege wird künftig sichergestellt durch:

- Pflegesachleistung als häusliche Pflege durch einen Vertragspartner der Pflegekasse (z. B. Sozialstation oder Pflegedienst)
- Pflegegeld (Geldleistung, da häusliche Pflege in geeigneter Weise und ausreichendem Umfang durch eine selbstbeschaffte Pflegeperson sichergestellt werden kann)
- Kombinationsleistung (aus Sach- und Geldleistung)
- vollstationäre Pflege und zusätzliche Betreuung und Aktivierung in stationären Pflegeeinrichtungen
- Pauschalleistung für die Pflege von Menschen mit Behinderungen

### 3. Die Pflege wird zukünftig durchgeführt von:

Sozialstation oder Pflegedienst

  
  

(Name und Anschrift der Sozialstation oder des Pflegedienstes)

Pflegeheim

  
  

(Name, Adresse und Telefon der Pflegeeinrichtung)

Pflegeperson

Bitte tragen Sie hier den Namen und die Anschrift der Pflegeperson(en) sowie deren Telefonnummer und deren Krankenversicherung

1. Pflegeperson

  
  

2. Pflegeperson

#### 4. Zahlung von Geldleistungen:

Die Zahlung des Pflegegeldes soll erfolgen

auf mein eigenes Konto

Vorname, Name

Anschrift

##### Daten des Kontoinhabers

IBAN (International Bank Account Number)

BIC (Business Identifier Code)

auf das Konto eines anderen Empfängers (Abtretungserklärung erforderlich)

Ort

Datum

Unterschrift Pflegebedürftiger bzw. Betreuer\*

Telefonnummer\*

\*freiwillige Angabe (Unterschrift kann bei Übermittlung per E-Mail entfallen)