

Zurück an:

Continental BKK
Zentraler Posteingang
30645 Hannover



Antrag auf Umstellung/Veränderung von Pflegeleistungen

Angaben zur pflegebedürftigen Person	
Nachname:	Vorname:
Straße, Hausnr.:	PLZ, Ort:
Geburtsdatum:	Telefon: (freiwillige Angabe)

<input type="checkbox"/> Kombination aus Sachleistung (Pflegedienst) und Pflegegeld
Ab / seit _____ betreut mich ein Pflegedienst:
Name:
Straße:
PLZ, Ort:
Zusätzlich betreut mich eine private Pflegeperson ab / seit _____
Name:
Straße:
PLZ, Ort:
Telefonnummer der Pflegeperson (freiwillige Angabe):

Bankverbindung für die Zahlung des (anteiligen) Pflegegeldes	
IBAN: (22 Zeichen)	<input type="text"/>
Kreditinstitut:	Kontoinhaber <u>und</u> Anschrift, wenn <u>nicht</u> gleich pflegebedürftige Person:

Ort, Datum	Unterschrift der pflegebedürftigen Person oder des / der Bevollmächtigten (Vollmacht bitte ggf. beifügen)
------------	---

Datenschutzhinweis: Die Erhebung und Verarbeitung Ihrer Daten erfolgt auf der Grundlage gesetzlicher Bestimmungen und ist für die Durchführung der Aufgaben der Continental BKK notwendig. Mehr Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten erhalten Sie auf unserer Website <https://www.continentale-bkk.de/datenschutz/informationen-zur-datenverarbeitung/> oder fordern Sie diese Informationen direkt bei uns an.