

Zurück an:

Continentale BKK  
Zentraler Posteingang  
30645 Hannover



### Antrag auf Umstellung / Veränderung von Pflegeleistungen für

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

<input type="checkbox"/> <b>Pflegegeld</b> (ich werde nur noch von einer privater Pflegeperson gepflegt)	
Ab / seit _____ betreut mich folgende Pflegeperson:	
Name:	
Straße:	
PLZ, Ort:	
Telefon (freiwillige Angabe):	
Altersrentner/in:	Ja: <input type="checkbox"/> Nein: <input type="checkbox"/>
Berufstätig über 30 Stunden:	Ja: <input type="checkbox"/> Nein: <input type="checkbox"/>

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 Continentale 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.