

BKK24
Pflegekasse
Mainzer Straße 5
55232 Alzey

Name, Vorname: _____

Straße, PLZ, Ort: _____

Versichertennummer: _____

Antrag auf Versorgung mit digitalen Pflegeanwendungen (DiPA)

Hiermit beantrage ich die Kostenübernahme folgender DiPA:

Bezeichnung der DiPA und Anbieter*in:

Aus welchen Gründen ist die DiPA erforderlich:

Es werden für die Nutzung der DiPA ergänzende Unterstützungsleistungen in Anspruch genommen:

Nein:

Ja:

Name Pflegedienst: _____

Straße mit Hausnummer: _____

Postleitzahl und Ort: _____

Datum

Unterschrift pflegebedürftige, bevollmächtigte oder betreuende Person