

Antrag auf Kurzzeitpflege

Name und Vorname der/des Pflegebedürftigen

Geburtsdatum

Anschrift

Telefon-Nr. (Angabe freiwillig)

Ich beantrage

- Kurzzeitpflege vom _____ bis _____, _____ Wochen.
- für eine Übergangszeit im Anschluss an die stationäre Behandlung.

stationäre Behandlung von/ bis

Krankenhaus/ Rehabilitationseinrichtung

- weil häusliche oder teilstationäre Pflege vorübergehend nicht möglich oder ausreichend ist
- wegen Verhinderung oder Ausfall der bisherigen Pflegeperson.
 - wegen kurzfristiger erheblicher Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit.
 - wegen Krankheit.
 - wegen Urlaub.
 - oder zur Entlastung.

Die Kurzzeitpflege wird durchgeführt von:

Bezeichnung und Anschrift der Pflegeeinrichtung

- Wenn der Leistungsbetrag der Kurzzeitpflege (1.612,00 €) nicht ausreicht, beantrage ich die Übertragung der Leistungen der Verhinderungspflege in die Kurzzeitpflege.

Ort, Datum

Unterschrift der/ des Pflegebedürftigen/ Bevollmächtigten

Datenschutzhinweis:

Die Erhebung der Daten beruht auf § 42 SGB XI und ist zur rechtmäßigen Erfüllung unserer Aufgaben erforderlich. Zur Mitteilung der erfragten Angaben sind Sie nach § 60 SGB I verpflichtet. Unterbleibt Ihre Mitwirkung, soweit diese nicht freiwillig ist, dürfen wir unsere Leistungen nach § 66 SGB I einschränken. Die datenschutzrechtlichen Hinweise und Informationen zur Verarbeitung Ihrer Daten finden Sie im Internet auf unserer Webseite unter www.bkk-hmr.de/EU-Datenschutzgrundverordnung oder fordern Sie diese Informationen gerne direkt bei uns unter 0800 0 227337 oder datenschutz@bkk-hmr.de an.