

Antrag auf Kurzzeitpflege

Gilt gleichzeitig als Antrag auf Leistungen nach § 43b Sozialgesetzbuch XI

bkk melitta hmr
gemeinsam richtung gesundheit

bkk melitta hmr

Pflegekasse

Marienstraße 122
32372 Minden

Persönliche Angaben		
Name, Vorname des/der Versicherten	Versicherungsnummer	Geburtsdatum
Straße, Nr.	PLZ, Ort	
E-Mail-Adresse ¹	Telefonnummer ¹	

Die Kurzzeitpflege soll vom _____ bis _____ durchgeführt werden.

Verhinderte Pflegeperson	
Name, Vorname	
Straße, Nr.	PLZ, Ort
Grund der Verhinderung <input type="checkbox"/> Erholungsurlaub <input type="checkbox"/> Krankheit <input type="checkbox"/> Sonstige Gründe: _____	
Die Pflege wird in dieser Zeit sichergestellt in Einrichtung: _____ Anschrift: _____	
Sofern die Gesamtkosten der Kurzzeitpflege nicht gedeckt sind, bitte ich <input type="checkbox"/> die in diesem Kalenderjahr nicht in Anspruch genommenen Beträge auf zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsleistungen hierfür zu verwenden. <input type="checkbox"/> den in diesem Kalenderjahr noch zur Verfügung stehenden Anspruch auf Verhinderungspflege zu übertragen.	

1 - freiwillige Angabe

Ort, Datum

Unterschrift Versicherter/r bzw. gesetzlicher Vertreter/in

Damit wir unsere Aufgaben rechtmäßig erfüllen können, ist Ihr Mitwirken nach §§ 60-62 SGB I erforderlich. Ihre Daten sind im vorliegenden Fall aufgrund § 28 SGB XI zu erheben. Fehlt Ihre Mitwirkung, kann dies zu Nachteilen bei den Leistungsansprüchen führen.

Die datenschutzrechtlichen Hinweise und Informationen zur Verarbeitung Ihrer Daten finden Sie unter www.bkk-melitta-hmr.de oder fordern Sie diese gerne direkt bei uns per Telefon unter **0571 93409-0** oder per E-Mail unter datenschutz@bkk-melitta.de an.