

## Antrag auf Leistungen der teilstationären Pflege (Tages- oder Nachtpflege)

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname des Versicherten

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer

\_\_\_\_\_  
Versichertennummer

\_\_\_\_\_  
Postleitzahl/Wohnort

\_\_\_\_\_  
Telefon

### Ich beantrage die Übernahme der Kosten für eine teilstationäre Pflege (Tages- oder Nachtpflege)

- weil die häusliche Pflege nicht in ausreichendem Umfang sichergestellt werden kann
- oder**
- weil dies zur Ergänzung oder Stärkung der häuslichen Pflege erforderlich ist

Die teilstationäre Pflege wird durchgeführt in:

\_\_\_\_\_  
Name der Einrichtung

\_\_\_\_\_  
Anschrift Einrichtung

Die teilstationäre Pflege erfolgt seit/ab:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Datum und Unterschrift des Versicherten, des Betreuers oder gesetzlichen Vertreters**

**Datenschutzhinweis (§ 67a Abs. 3 SGB X):** Die Daten werden zur Erfüllung unserer Aufgaben nach § 94 Abs. 1 Nr. 3 SGB XI verarbeitet. Wir benötigen die Angaben zur Prüfung des Anspruchs auf Tages- oder Nachtpflege nach § 41 SGB XI. Ihr Mitwirken ist nach § 60 SGB I erforderlich. Fehlt Ihre Mitwirkung, kann über Ihren Anspruch auf Leistungen der Tages- und Nachtpflege nicht entschieden werden (vgl. § 33 Abs. 1 SGB XI i. V. m. §§ 60 Abs. 1 und 66 Abs. 1 SGB I). Allgemeine Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten finden Sie unter [www.aok.de/bayern/datenschutzrechte](http://www.aok.de/bayern/datenschutzrechte) oder erhalten Sie in jeder AOK-Geschäftsstelle. Die Angabe der Telefonnummer ist freiwillig.