

AOK Bremen/Bremerhaven
Pflegekasse
Hauptgeschäftsstelle Bremen
Postfach 10 79 63
28079 Bremen

Antrag auf stationäre Kurzzeitpflege von

Name: _____ Vorname: _____

Versicherungsnummer: _____ Telefonnummer: _____

Ich beantrage stationäre Kurzzeitpflege vom _____ bis _____

im Anschluss an eine stationäre Behandlung.

Erholungsurlaub der Pflegeperson Name der Pflegeperson: _____

sonstige Gründe der Pflegeperson _____
(z. B. wegen Krankheit)

Die stationäre Kurzzeitpflege wird ausgeführt von:

Kurzzeitpflegeeinrichtung: _____
Name und Anschrift der Kurzzeitpflegeeinrichtung

Wurde im laufenden Jahr bereits Kurzzeitpflege in Anspruch genommen?

nein ja, vom _____ bis _____

Ich habe Anspruch auf Beihilfe oder Heilfürsorge nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Krankheit und Pflege:

nein ja, von _____
(Name und Anschrift der Stelle, gegenüber der ein Anspruch besteht)

Ich beantrage, den Betrag aus noch nicht in Anspruch genommener Verhinderungspflege bis zu 1.612,00 EUR im Kalenderjahr zu übertragen.

(Hinweis: Der Übertrag ist möglich, wenn die private Pflegeperson die Pflege bereits 6 Monate durchführte und an der Pflege vorübergehend gehindert ist.)

nein ja

Datenschutzhinweis:

Ihre Daten werden zur Erfüllung unserer Aufgaben zu dem in diesem Schreiben genannten Zweck erhoben, gespeichert und verarbeitet. Ihr Mitwirken ist dabei erforderlich. Fehlende Mitwirkung kann zu Leistungskürzungen oder Leistungsvergagung führen. Näheres regelt das Sozialgesetzbuch (SGB). Die AOK Bremen/Bremerhaven erhebt und verwendet Ihre personenbezogenen Daten ausschließlich im Rahmen dieser Bestimmungen. Alle weiteren Informationen zu den Rechtsgrundlagen der Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten, beispielsweise zu Ihrem Recht auf Auskunft, Löschung und Widerruf, finden Sie unter www.aok.de/hb/datenschutzrechte.

Datum

Unterschrift

Pflegeberatung nach § 7 a SGB XI
(von der Pflegekasse auszufüllen)

durchgeführt am: _____
angeboten am: _____