Aufstellung der stundenweise Verhinderungspflege

Bitte diese Seite <u>nach Beendigung</u> der Maßnahme einreichen

Name, Vorname des / der pflegebedürftigen Versicherten | Geburtsdatum | KV-Nummer

Anschrift

Ersatzpflegeperson: _____

Datum	Uhrzeit von	Uhrzeit bis	Stunden
Gesamtstunden:			
Gesamtbetrag:			

Für die Pflege wurde eine Vergütung von _____ Euro pro Stunde vereinbart.

Die Richtigkeit vorstehender Angaben wird hiermit bestätigt.

Ort, Datum

Unterschrift des Versicherten/der Versicherten bzw. des gesetzl. Betreuers/der gesetzl. Betreuerin oder Bevollmächtigten

Datenschutzhinweis:
Die Daten werden zur Erfüllung unserer Aufgaben nach § 94 Abs. 1 Nr. 3 SGB XI zum Zwecke der Auszahlung von Verhinderungspflege nach § 39 SGB XI erhoben und verarbeitet. Ihr Mitwirken ist nach § 60 SGB I erforderlich. Fehlende Mitwirkung kann zu Nachteilen bei den Leistungsansprüchen führen. Allgemeine Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten finden Sie unter aok.de/hessen/datenschutzrechte.