Pflegekasse der AOK Rheinland-Pfalz/Saarland

Antrag auf Kostenübernahme für teilstationäre Pflege

Name, Vorname der/des Pflegebedürftigen	Geb. Datum	Versichertennummer

Anschrift (Straße, Postleitzahl, Ort)	Telefon-Nr.(*)

Teilstationäre Pflege ist erforderlich wegen:

- ☐ einer kurzfristigen Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit,
- ☐ einer beabsichtigten teilweisen Entlastung der Pflegeperson,
- ☐ einer nur für einige Stunden am Tag notwendigen ständigen Beaufsichtigung des Pflegebedürftigen.
- ☐ der Ermöglichung einer (Teil-) Erwerbstätigkeit einer Pflegeperson
- ☐ _____

Teilstationäre Pflege ab: _____ Voraussichtlich bis _____

Pflegebedingter Aufwand kalendertäglich _____ EUR

Unterkunft und Verpflegung kalendertäglich _____ EUR

Ort, Datum	Stempel und Unterschrift der Pflegeeinrichtung

Datenschutzhinweis: Die Daten werden ausschließlich zur Erfüllung unserer Aufgaben nach § 94 Abs. 1 SGB XI zum Zwecke der Prüfung und Zahlung der Tagespflege nach § 41 SGB XI erhoben und verarbeitet. Ihr Mitwirken ist nach § 60 SGB I erforderlich. Fehlende Mitwirkung kann zu Nachteilen führen, da wir dann ggf. über die Leistung Tagespflege nicht entscheiden können (§ 66 Abs. 1 SGB I). Die Telefonnummer ist als freiwilliges Feld gekennzeichnet (*). Zur Erleichterung der Kontaktaufnahme bei Rückfragen bitten wir Sie um Angabe Ihrer Telefonnummer.
Allgemeine Informationen zur Datenverarbeitung und Ihren Rechten finden Sie unter https://aok.de/rps/datenschutzrechte.
Bei Fragen wenden Sie sich an die AOK Rheinland-Pfalz/Saarland, Virchowstr. 30, 67304 Eisenberg oder unseren Datenschutzbeauftragten unter datenschutz@rps.aok.de

Ort, Datum	Unterschrift des Versicherten