

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname Pflegebedürftiger

\_\_\_\_\_  
Adresse

\_\_\_\_\_  
Versichertennummer

### Ich beantrage die Übernahme der Kosten für eine Kurzzeitpflege.

Zeitraum: vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Die Kurzzeitpflege soll durchgeführt werden in

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Name, Anschrift der zugelassenen Einrichtung

Eine häusliche oder teilstationäre Pflege ist nicht möglich wegen

- Verhinderung der Pflegeperson, Grund: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Kurzfristiger erheblicher Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit
- Für eine Übergangszeit im Anschluss an eine stationäre Behandlung des Pflegebedürftigen.
- Ich beantrage die Erhöhung des Leistungsbetrages aus Mitteln der Verhinderungspflege (Umwidmungsregelung).

**Datenschutzhinweis:** Die Daten werden ausschließlich zur Erfüllung unserer Aufgaben nach § 94 Abs. 1 SGB XI zum Zwecke der Prüfung und Zahlung der Kurzzeitpflege nach § 42 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 Kurzzeitpflege nicht entscheiden können (§ 66 Abs. 1 SGB I).

Allgemeine Informationen zur Datenverarbeitung und Ihren Rechten finden Sie unter <https://aok.de/rps/datenschutzrechte>. Bei Fragen wenden Sie sich an die, Virchowstr. 30, 67304 Eisenberg oder unseren Datenschutzbeauftragten unter [datenschutz@rps.aok.de](mailto:datenschutz@rps.aok.de)

\_\_\_\_\_  
Ort und Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der/des Pflegebedürftigen