

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

Antrag auf stationäre Kurzzeitpflege vom _____

Name: _____ Vorname: _____

KV-Nummer: _____ 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: Die Daten werden zur Erfüllung unserer Aufgaben nach § 94 Abs. 1 SGB XI zum Zweck der Prüfung der Leistungspflicht, der Gewährung von Leistungen, sowie der Durchführung von Erstattungsansprüchen erhoben und verarbeitet. Ihr Mitwirken ist nach § 60 SGB I und ggf. § 99 SGB X erforderlich. Fehlende Mitwirkung kann zu Nachteilen, zu Leistungskürzung oder Leistungsversagen führen. Allgemeine Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten sowie unsere Kontaktdaten finden Sie unter www.aok.de/hb/datenschutzrechte oder wenden Sie sich bei Fragen an die AOK Bremen/Bremerhaven, Bürgermeister-Smidt-Str. 95, 28195 Bremen.

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Datum

Unterschrift

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

durchgeführt am: _____
angeboten am: _____