AOK - Die Gesundheitskasse in Hessen

Antrag auf Kurzzeitpflege (§ 42 SGB XI)

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

Anschrift | Telefon*

Die Pflegeperson (Name, Vorname) _____

ist vom ☐☐☐☐☐☐☐☐ bis ☐☐☐☐☐☐☐☐ verhindert
TTMMJJJJ TTMMJJJJ

Grund der Kurzzeitpflege
- ☐ Erholungsurlaub der Pflegeperson
- ☐ Krankheit der Pflegeperson
- ☐ sonstige Gründe: _____

Die Kurzzeitpflege wird in folgender Vertragseinrichtung erbracht: IK ☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Name und Anschrift der Einrichtung

Reichen die Mittel der Kurzzeitpflege zur Finanzierung der Leistung nicht aus, wird die AOK Hessen Ihre noch zur Verfügung stehenden Ansprüche aus der Verhinderungspflege zur Zahlung der Rechnung unbürokratisch, ohne weitere Antragstellung, für Sie übertragen.

☐☐☐☐☐☐☐☐ _____
Datum (TTMMJJJJ) Unterschrift der/des Versicherten

Datenschutzhinweis:
Die Daten werden zur Erfüllung unserer Aufgaben nach § 94 Abs. 1 Nr. 3 SGB XI zum Zwecke der Bewilligung von Kurzzeitpflege nach § 42 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.

Die mit * gekennzeichneten Angaben sind freiwillig und ermöglichen uns, bei Rückfragen schnell und einfach mit Ihnen Kontakt aufzunehmen.