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

| | | | | | | | |
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.