

AOK NordWest
Die Gesundheitskasse.
58079 Hagen

Versichertennummer:

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Antrag auf Kurzzeitpflege einschließlich Entlastungsleistungen

Eingangsstempel

Ich beantrage die Kostenübernahme für eine Kurzzeitpflege, weil mich meine Pflegeperson

Name, Vorname

Telefonnummer

Angabe dient der vereinfachten Kommunikation und ist freiwillig

Anschrift

wegen

Erholungsurlaub

Krankheit

sonstiger Gründe

(bitte Gründe angeben)

oder

wegen einer Übergangszeit im Anschluss an eine stationäre Behandlung

in der Zeit vom _____ bis voraussichtlich _____ nicht pflegen kann.

Die Kurzzeitpflege wird durchgeführt im/in

Name der Pflegeeinrichtung

Anschrift

Datum

Unterschrift der/des Pflegebedürftigen bzw. der/des Bevollmächtigten

Datenschutzhinweis

Die Daten werden zur Erfüllung unserer Aufgaben nach § 94 Abs. 1 Nr. 3 SGB XI zum Zwecke der Prüfung der beantragten Kurzzeitpflege nach §§ 39 Absatz 2, 42 SGB XI sowie für den Entlastungsbetrag nach § 45b SGB XI erhoben und verarbeitet. Ihr Mitwirken ist nach § 60 SGB I erforderlich. Fehlende Mitwirkung kann zum Versagen der Leistung führen. Empfänger Ihrer Daten können im Rahmen gesetzlicher Pflichten und Mitteilungsbefugnisse Dritte oder von uns beauftragte Dienstleister sein. Allgemeine Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten finden Sie unter www.aok.de/nw/datenschutzrechte. Verantwortlich ist die AOK NordWest – Die Gesundheitskasse., Kopenhagener Str. 1, 44269 Dortmund. Den Stabsbereich Datenschutz erreichen Sie unter gleicher Adresse.