
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 AOK Rheinland-Pfalz/Saarland, Virchowstr. 30, 67304 Eisenberg oder unseren Datenschutzbeauftragten unter datenschutz@rps.aok.de

Ort und Datum

Unterschrift der/des Pflegebedürftigen