

Kurzzeitpflege

Verhinderungspflege

Eingangsstempel

Name, Vorname der **Pflegebedürftigen**

Geburtsdatum

PLZ: Ort:

Straße: Telefonnummer:

Versichertennummer:

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

Antrag auf stationäre Kurzzeitpflege

für den Zeitraum vom:

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

bis

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

• **Grund der Kurzzeitpflege** für eine Übergangszeit im Anschluss an eine stationäre Behandlung

in sonstigen Krisensituationen, in denen vorübergehend häusliche oder teilstationäre Pflege nicht möglich oder nicht ausreichend ist

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

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

Name, Anschrift

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

Ich versichere die Richtigkeit der Angaben in diesem Antrag.

Datum

Unterschrift des Versicherten/Betreuers/Bevollmächtigten/gesetzlichen Vertreters

Hinweis zum Datenschutz:

Die Daten werden zur Erfüllung unserer Aufgaben nach § 94 Abs. 1 Sozialgesetzbuch Elftes Buch (SGB XI) zum Zweck der Bearbeitung Ihres Antrags auf Pflegeleistungen nach § 42 SGB XI erhoben und verarbeitet. Ihr Mitwirken ist nach § 60 Sozialgesetzbuch Erstes Buch (SGB I) erforderlich. Fehlende Mitwirkung kann zu Nachteilen (z.B. bei den Leistungsansprüchen nach § 42 SGB XI) führen. Allgemeine Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten finden Sie unter aok.de/plus/datenschutzrechte.

