



Antrag auf stationäre Kurzzeitpflege

Name, Vorname: Müller, Martha

Geburtsdatum: 14/11/1935

Versichertennummer: M555666777

Telefonnummer:

Ich beantrage stationäre Kurzzeitpflege vom

1	0
---	---

0	8
---	---

2	0	2	2
---	---	---	---

 bis

2	0
---	---

0	8
---	---

2	0	2	2
---	---	---	---

aus folgendem Grund:

- ☐ Kurzzeitpflege wegen sonstiger Gründe
- ☒ Kurzzeitpflege wegen Erholungsurlaub der Pflegeperson:

Müller, Gerda

Name, Vorname der Pflegeperson

Die stationäre Kurzzeitpflege wird durchgeführt von:

Seniorenwohnanlage Sonnenschein, Grünstadt

Name und Anschrift der Kurzzeitpflegeeinrichtung

Ich möchte zur Deckung meiner Kosten, sofern erforderlich und möglich, zusätzlich nicht verbrauchte Leistungsbeträge aus der Verhinderungspflege übernehmen (max. 1.612,00 Euro):

☐ nein ☒ ja

Wenn ja, wird die häusliche Pflege bereits 6 Monate durch die Pflegeperson erbracht?

☐ nein ☒ ja

Datenschutzhinweis: Die Daten werden zur Erfüllung unserer Aufgaben nach § 94 Abs. 1 SGB XI zum Zwecke der leistungsrechtlichen Prüfung Ihres vorliegenden Antrages auf Leistungen aus der Pflegeversicherung 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 www.aok.de/nds/datenschutzrechte.

06/08/2022

Datum

Unterschrift