

AOK NORDWEST
Die Gesundheitskasse.
58079 Hagen

Versichertennummer:

Geburtsdatum:

Antrag auf Kurzzeitpflege
einschließlich Entlastungsleistungen

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

Name, Vorname

Telefonnummer

Anschrift

wegen Erholungsurlaubs Krankheit sonstiger Gründe

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

Die Kurzzeitpflege wird durchgeführt im/in

Name der Kurzzeitpflegeeinrichtung

Anschrift, Telefonnummer

Für die Kurzzeitpflege entstehen voraussichtlich Kosten von _____ Euro.

Den Erstattungsbetrag bitte ich

auf das folgende Konto zu überweisen:

Name des Kreditinstituts	BIC

IBAN

Vorname und Name des/der Kontoinhabers/-in, falls abweichend

direkt mit der Kurzzeitpflegeeinrichtung abzurechnen.

Dieser Antrag gilt zugleich auch als Antrag auf Entlastungsleistungen.

Datum und Unterschrift der/des Pflegebedürftigen bzw. der/des Bevollmächtigten

Datenschutzhinweis

Die Daten werden zur Erfüllung unserer Aufgaben nach § 94 Abs. 1 Nrn. 3 und 4 SGB XI zum Zwecke der Leistungsentscheidung nach §§ 28 ff. SGB XI erhoben und verarbeitet. Ihr Mitwirken ist nach § 60 SGB I erforderlich. Fehlende Mitwirkung kann zu Nachteilen beim Leistungsanspruch 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. Bei Fragen wenden Sie sich an die AOK NORDWEST – Die Gesundheitskasse., Kopenhagener Str. 1, 44269 Dortmund, kontakt@nw.aok.de oder unseren Datenschutzbeauftragten unter Datenschutz@nw.aok.de.