

Bitte zurück an:

SKD BKK Pflegekasse
Hauptverwaltung
Schultesstraße 19 A
97421 Schweinfurt

Antrag auf Leistungen der teilstationären Pflege nach § 41 SGB XI (Tages- oder Nachtpflege)

Meine persönlichen Daten	
Name, Vorname des Pflegebedürftigen	Geburtsdatum
Anschrift des Pflegebedürftigen	Telefonnummer
Aktueller Pflegegrad	Krankenversichertenummer

Ich beantrage die Kostenübernahme für teilstationäre Pflege (Tages- oder Nachtpflege)
<input type="checkbox"/> weil die häusliche Pflege nicht in ausreichendem Umfang sichergestellt werden kann oder <input type="checkbox"/> weil dies zur Ergänzung oder Stärkung der häuslichen Pflege erforderlich ist.

Die teilstationäre Pflege erfolgt seit/ab: _____

Die teilstationäre Pflege wird in folgender Einrichtung durchgeführt:
Name, Anschrift und Telefon-Nr. der Einrichtung

Datenschutzhinweis: Die Datenerhebung beruht auf § 67a Sozialgesetzbuch, Zehntes Buch (SGB X) i. V. m. § 60 Sozialgesetzbuch, Erstes Buch (SGB I) und ist zur Entscheidung über die Gewährung der beantragten Leistung(en) erforderlich. Die Angabe der E-Mail-Adresse und Telefonnummer ist freiwillig. Weitere Informationen über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten durch uns und über Ihre Rechte nach der EU-Datenschutz-Grundverordnung erhalten Sie auf unserer Homepage unter www.sk-d-bkk.de/rechtliches/datenschutz/

X

Datum, Unterschrift des Versicherten
bzw. des gesetzlichen Vertreters oder Bevollmächtigten (Bitte Kopie des Betreuerausweises/der Vollmacht beifügen!)