

Antrag auf Leistungen der teilstationären Pflege

☐ Tagespflege ☐ Nachtpflege

Versichertennummer: _____

Versichertendaten

Name, Vorname

Anschrift (Straße, Postleitzahl, Ort)

Geburtsdatum

Ich beantrage Leistungen der Pflegeversicherung in Form der teilstationären Pflege nach § 41 SGB XI, zudem beantrage ich Leistungen der zusätzlichen Betreuung und Aktivierung in teilstationären Einrichtungen nach § 43b SGB XI.

Angaben zur teilstationären Pflegeeinrichtung

Name der teilstationären Pflegeeinrichtung

_____._____._____._____._____._____._____._____.
Tag der (geplanten) Aufnahme

Straße und Hausnummer

_____._____._____._____.
Postleitzahl

Ort

_____._____._____._____._____._____._____._____.
ggf. Institutionskennzeichen

Angaben zur Pflegeperson

Name der Pflegeperson

Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag	Insgesamt
Std.	Std.	Std.	Std.	Std.	Std.	Std.	Std.

An welchen Tagen leistet die Pflegeperson den verbliebenen Pflegeaufwand?

Datenschutzhinweis

Die im Formular angegebenen personenbezogenen Daten erheben und verarbeiten wir gemäß Art. 6 EU-DSGVO und § 284 SGB V für Zwecke der Kranken- und § 94 SGB XI für Zwecke der Pflegeversicherung zur Erfüllung unserer gesetzlichen Aufgaben. Ihre freiwilligen Angaben werden von uns gespeichert und ausschließlich für den obengenannten Zweck verwendet. Nähere Informationen zum Thema Datenschutz finden Sie auf unserer Internetseite www.energie-bkk.de/datenverarbeitung oder in unseren Service-Centern.

Datum

Unterschrift(en)