

Antrag auf Leistungen der vollstationären Pflege

Rücksendung an:

**Pflegekasse der
energie-BKK
30134 Hannover**

Fax: 0511 911 10 7961
E-Mail: pflege@energie-bkk.de

Versichertennummer: _____

Versichertendaten

Name, Vorname

Anschrift (Straße, Postleitzahl, Ort)

Geburtsdatum

Angaben zur vollstationären Pflegeeinrichtung

Name der vollstationären Pflegeeinrichtung

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

Straße und Hausnummer

_____._____._____._____.
Postleitzahl

Ort

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

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)

Für Rückfragen:

Telefon (freiwillige Angabe)

E-Mail (freiwillige Angabe)