

BKK Diakonie
Königsweg 8
33617 Bielefeld

Antrag auf Kurzzeitpflege bei fehlender Pflegebedürftigkeit nach § 39 c SGB V

Name, Vorname des / der Versicherten	Geburtsdatum
Straße und Hausnummer	Telefonnummer
PLZ und Ort	Versichertennummer

Ich habe eine/-n Betreuer/-in: nein ja

Ich habe eine/-n Bevollmächtigte/-n: nein ja

Name, Vorname Betreuer/-in bzw. Bevollmächtigte/-r
Straße und Hausnummer
PLZ und Ort
Wichtig! Bitte senden Sie uns schnellstmöglich eine Kopie vom Betreuerbeschluss/-ausweis bzw. der Vollmacht zu, sofern noch nicht geschehen.

Ich beantrage die Kurzzeitpflege für die Zeit vom _____ bis _____.

Die Pflege wird in folgender Einrichtung erbracht:

Name der Einrichtung
Straße und Hausnummer
PLZ und Ort

Hausarzt:

Name: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____

Pflegeleistungen beantragt: nein ja, am _____

Im Haushalt lebende Personen: keine (alleinlebend)
 Ehe-/Lebenspartner
 Kinder/Enkelkinder
 Eltern
 Sonstige _____

Datum

Unterschrift der/des Versicherten/des
Betreuers oder gesetzlichen Vertreters

Datenschutzhinweis: Die vorgenannten personenbezogenen Daten sind für die Beurteilung des Leistungsanspruchs auf Kurzzeitpflege erforderlich. Rechtsgrundlage für die Daten-erhebung sind die §§ 284 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 i.V.m. 39 c SGB V. Die Daten werden ausschließlich für die Beurteilung des Leistungsanspruchs auf Kurzzeitpflege gespeichert und verwendet. Ihr Mitwirken ist nach §§ 60 SGB I und 206 SGB V erforderlich. Ohne Ihr Mitwirken können wir die beantragte Leistung nicht erbringen.

Ärztliche Bescheinigung zum Antrag auf Kurzzeitpflege bei fehlender Pflegebedürftigkeit nach § 39 c SGB V

Name, Vorname des / der Versicherten	Geburtsdatum
--------------------------------------	--------------

antragsrelevante Diagnose(n): _____

Voraussetzungen für Pflegebedürftigkeit nach SGB XI liegen vor:

nein ja

Die Versorgung im Rahmen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 Abs. 1 a SGB V ist

ausreichend

nicht ausreichend, weil _____

Die Versorgung im Rahmen der Haushaltshilfe nach § 38 SGB V ist

ausreichend

nicht ausreichend, weil _____

Datum

Stempel/Unterschrift der Ärztin/des Arztes