Mitglied: _____
Geb.: _____
KV.-Nr. _____

BKK ProVita
Pflegekasse
Münchner Weg 5
85232 Bergkirchen

Antrag auf Kostenübernahme der Kurzzeitpflege

Die Kurzzeitpflege ist erforderlich, weil meine Pflegeperson

☐ wegen **Urlaub** vorübergehend verhindert ist.

☐ wegen **sonstigen Gründen** vorübergehend verhindert ist oder eine Krisensituation vorliegt (z.B. Übergangszeit im Anschluss an einen Krankenhaus- / oder Reha-Aufenthalt).

Die Kurzzeitpflege wird für folgenden Zeitraum beantragt:

vom _____ bis _____

Die Kurzzeitpflege wird durchgeführt in:

Name der Einrichtung

Straße Hausnummer

PLZ Ort

Institutionskennzeichen (IK) der Einrichtung

☐ **Die häusliche Pflege kann in dieser Zeit nicht anderweitig, beispielsweise im Rahmen der teilstationären Pflege in einer Einrichtung der Tages-/Nachtpflege, sichergestellt werden.**

☐ **Ich beantrage eine Übertragung des Anspruchs aus der Verhinderungspflege.**

_____

Datum und Unterschrift des Versicherten, des Betreuers oder gesetzlichen Vertreters

Datenschutzhinweis (§ 67a Abs. 3 SGB X): Die Daten werden zur Erfüllung unserer Aufgaben nach § 94 Abs. 1 Nr. 3 SGB XI verarbeitet. Wir benötigen die Angaben zur Prüfung des Anspruchs auf Kurzzeitpflege nach § 42 SGB XI. Ihr Mitwirken ist nach § 60 SGB I erforderlich. Fehlt Ihre Mitwirkung, kann über Ihren Anspruch auf Leistungen der Kurzzeitpflege nicht entschieden werden (vgl. § 33 Abs. 1 SGB XI i. V. m. §§ 60 Abs. 1 und 66 Abs. 1 SGB I).