

**BKK Diakonie  
Königsweg 8  
33617 Bielefeld**

Versicherter:  
geb. am:  
Versichertennummer:

**Antrag auf Kurzzeitpflege**

zuzüglich des Übertrages aus der Verhinderungspflege zu \_\_\_\_\_ % (max. 100 % / 1.612,00 €)

Ich beantrage die Kurzzeitpflege in einer vollstationären Pflegeeinrichtung für die Zeit

vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_.

Diese ist erforderlich wegen

- Erholungsurlaub der Pflegeperson
- Kur, Krankheit der Pflegeperson
- Entlastung der Pflegeperson
- einer Übergangszeit im Anschluss an eine stationäre Behandlung

In dieser Zeit werde ich in der folgenden Einrichtung stationär gepflegt:

\_\_\_\_\_  
Name und Anschrift der Einrichtung

\_\_\_\_\_  
Ort und Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der/des Versicherten, des  
Betreuers oder gesetzlichen Vertreters

**Datenschutzhinweis (§ 67a Abs. 3 SGB X):** Damit wir über Ihren Antrag auf Kurzzeitpflege gem. § 42 SGB XI entscheiden können, ist Ihr Mitwirken nach §§ 7, 28 SGB XI, § 60 SGB I erforderlich. Ihre Daten sind im vorliegenden Fall auf Grund § 94 SGB XI zu erheben. Fehlt Ihre Mitwirkung, kann dies zu Nachteilen (z. B. bei den Leistungsansprüchen) führen.