BKK Diakonie
Krankenkasse für soziale Berufe

Versicherter:
geb. am:
Wohnhaft:
KVNR:

BKK Diakonie
Königsweg 8
33617 Bielefeld

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

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

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

Name: _____

Anschrift: _____

_____

Betreuer/Bevollmächtigter/Angehöriger:

Name: _____

Anschrift: _____

_____

Telefon: _____

Hausarzt:

Name: _____

Anschrift: _____

_____

Telefon: _____

Pflegeleistungen beantragt: ☐ nein ☐ ja, am _____

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

BKK Diakonie
Krankenkasse für soziale Berufe

Zur Erleichterung der Kontaktaufnahme bei eventuellen Rückfragen bitten wir Sie um freiwillige Angabe Ihrer Telefonnummer: _____

_____ _____

Datum Unterschrift 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.

Die datenschutzrechtlichen Hinweise und Informationen zur Verarbeitung Ihrer Daten finden Sie auf unserer Webseite unter www.bkk-diakonie.de/datenschutz oder fordern Sie diese Informationen gerne bei uns an.

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