

Antrag auf Kurzzeitpflege

Deutsche Post 
ANTWORT

SBK
80227 München

Versichertennummer

Name, Vorname des Versicherten

Geburtsdatum (tt.mm.jjjj)

Persönliche Angaben des Pflegebedürftigen

Straße, Hausnummer

Festnetznummer, privat*

Postleitzahl, Ort

Handynummer, privat*

E-Mail*

Ich beantrage die Kostenübernahme für die Zeit vom

bis

Die Kurzzeitpflege ist aus folgendem Grund notwendig:

- Meine Pflegeperson ist krank.
- Meine Pflegeperson ist im Urlaub.
- Nach meiner stationären Behandlung (Krankenhausbehandlung oder stationäre Rehabilitationsmaßnahme) ist keine Pflege zu Hause oder teilstationär möglich.
- Andere Gründe: _____

Versichertennummer

Angaben zur Kurzzeitpflege

Name der Pflegeeinrichtung

Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

Angaben zu den Kosten

Voraussichtliche Kosten der Kurzzeitpflege pro Tag in €

Der jährliche Höchstanspruchsbetrag in Höhe von 1.612 € reicht nicht aus. Ich erkläre mich einverstanden, Mittel in Höhe von max. 1.612 € der Verhinderungspflege in Anspruch zu nehmen.

Nein Ja

Bei einer eventuellen Überzahlung von Pflegegeld durch die Inanspruchnahme von Verhinderungspflege stimme ich einer Verrechnung mit zukünftigen Pflegeleistungen durch meine Pflegekasse zu.

Datenschutzhinweis: Damit wir Ihren Antrag auf Kurzzeitpflege bearbeiten können, ist Ihr Mitwirken nach § 60 SGB I erforderlich. Die Daten sind für die Leistungsgewährung der Kurzzeitpflege nach §§ 42, 94 Abs. 1 SGB XI zu erheben. Mehr zu den von der SBK verarbeiteten Daten erfahren Sie unter sbk.org/datenschutz oder bei Ihrem persönlichen Kundenberater.

* Diese Angaben sind freiwillig und werden zum Zweck der Durchführung der Versicherung verarbeitet. Ihre Daten werden selbstverständlich geschützt und vertraulich behandelt. Eine Weitergabe der Daten an Dritte erfolgt nicht. Mit Ihrer Unterschrift erklären Sie sich mit der Verarbeitung der Daten einverstanden. Das Einverständnis können Sie jederzeit formlos mit Wirkung für die Zukunft per E-Mail an widerruf@sbk.org oder gegenüber Ihrem persönlichen Kundenberater widerrufen.

Vorstehende Angaben habe ich nach bestem Wissen und wahrheitsgemäß gemacht.

Ort, Datum

Unterschrift Pflegebedürftiger/Bevollmächtigter