



Ihr Serviceteam für
Pflegeleistungen

Ihre **Versichertennummer**

AOK NordWest
Die Gesundheitskasse.
58079 Hagen

Antrag auf Kurzzeitpflege (einschließlich Entlastungsleistungen)

Vor- und Nachname der/des Versicherten

Adresse (Straße, PLZ und Ort) der/des Versicherten

Zeitraum der Kurzzeitpflege:

bis

TT.MM.JJJJ

TT.MM.JJJJ

Grund der Kurzzeitpflege:

- Übergangszeit im Anschluss an meine stationäre Behandlung
- Erholungsurlaub der Pflegeperson Krankheit der Pflegeperson Sonstiges

Vor- und Nachname der Pflegeperson

Telefonnummer (freiwillig)

Adresse (Straße, PLZ und Ort) der Pflegeperson

Die Kurzzeitpflege wird in folgender Pflegeeinrichtung durchgeführt:

Name der Pflegeeinrichtung

Adresse (Straße, PLZ und Ort) der Pflegeeinrichtung

Datenschutzhinweis: Die Daten werden zur Erfüllung unserer Aufgaben nach § 94 Abs. 1 Nr. 3 und 4 SGB XI zum Zwecke der Leistungsentscheidung nach § 40 SGB XI erhoben und verarbeitet. Ihr Mitwirken ist nach § 60 SGB I erforderlich. Fehlende Mitwirkung kann zu Nachteilen führen. Empfänger Ihrer Daten können im Rahmen gesetzlicher Pflichten und Mitteilungsbefugnisse Dritte oder von uns beauftragte Dienstleister sein. Allgemeine Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten finden Sie unter aok.de/nw/datenschutzrechte. Verantwortlich ist die AOK NordWest – Die Gesundheitskasse, Kopenhagener Str. 1, 44269 Dortmund. Den Stabsbereich Datenschutz erreichen Sie unter gleicher Adresse.

X

Datum

X

Unterschrift der/des Pflegebedürftigen

Telefonnummer für Rückfragen