

# Antrag auf Kurzzeitpflege (§ 42 SGB XI)

## Angaben zur pflegebedürftigen Person

Name, Vorname		Geburtsdatum	
Straße	Hausnummer	Versichertennummer	
PLZ	Ort	Telefonnummer	

## Angaben zur Kurzzeitpflege

Ich beantrage von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ Kurzzeitpflege

- im Anschluss an eine stationäre Behandlung.  wegen Verhinderung meiner Pflegeperson.

Name, Vorname der Pflegeperson	Straße	Hausnummer
Telefonnummer	PLZ	Ort

### Grund der Verhinderung:

- Krankheit der o. g. Pflegeperson  Erholungsurlaub der o. g. Pflegeperson  
 sonstiger Grund: \_\_\_\_\_

### Vollstationäre Kurzzeitpflegeeinrichtung:

Name der Pflegeeinrichtung	Straße	Hausnummer
Telefonnummer	PLZ	Ort

- Die Eigenanteile während der Kurzzeitpflege sollen über meinen Anspruch auf Entlastungsleistungen erstattet werden.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Versicherten oder des gesetzlichen Vertreters

### Datenschutzhinweis

Die Daten werden ausschließlich zur Erfüllung unserer Aufgaben nach § 94 Abs. 1 SGB XI zum Zwecke der Prüfung und Zahlung der Kurzzeitpflege nach § 42 SGB XI erhoben und verarbeitet. Ihr Mitwirken ist nach § 60 SGB I erforderlich. Fehlende Mitwirkung kann zu Nachteilen führen, da wir dann ggf. über die Leistung Kurzzeitpflege nicht entscheiden können (§ 66 Abs. 1 SGB I). Weitere Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten finden Sie auf unserer Internetseite [www.debeka-bkk.de/datenschutz](http://www.debeka-bkk.de/datenschutz).