IKK Südwest

Absender

_____

_____

_____

Versichertennummer:

Pflegekasse
IKK Südwest
66098 Saarbrücken

ANTWORT

Antrag auf teilstationäre Pflege

Bitte geben Sie für eventuelle Fragen eine Telefonnummer und einen Ansprechpartner an:

Name, Vorname: _____

Tel.-Nr.:

Ich beantrage teilstationäre Pflege ab

Die teilstationäre Pflege wird durchgeführt von:

Name der Pflegeeinrichtung: _____

Anschrift: _____

_____

Ort	Datum	Unterschrift der/des Versicherten/Bevollmächtigten

Datenschutzhinweis:

Diese Daten werden zur Erfüllung unserer Aufgaben nach § 94 Abs. 1 SGB XI zum Zwecke der Gewährung von Leistungen der Pflegeversicherung erhoben und verarbeitet. Ihr Mitwirken ist nach § 60 SGB I erforderlich. Fehlende Mitwirkung kann zu Nachteilen bei den Ansprüchen auf Leistungen der Pflegeversicherung führen. Die Angabe der Telefonnummer und eines Ansprechpartners ist freiwillig. Sie dienen der schnellen Kontaktaufnahme bei Rückfragen zu Ihren Angaben. Weitere Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten finden Sie unter www.ikk-suedwest.de/datenschutzhinweise.

M_21c_001026