IKK Südwest

Absender

_____

_____

_____

Versichertennummer:

_____

Pflegekasse
IKK Südwest
66098 Saarbrücken

ANTWORT

Antrag auf Kurzzeitpflege

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

Name, Vorname: _____

Tel.-Nr.: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Ich beantrage Kurzzeitpflege vom |_|_|_|_|_|_|_|_| bis zum |_|_|_|_|_|_|_|_|

☐ Ich beantrage zusätzlich für die Erhöhung des Leistungsbetrages der Kurzzeitpflege den Übertrag aus dem Budget der Verhinderungspflege in Höhe von bis zu 1.612,00 Euro.

☐ Meine Pflegeperson ist für die Zeit der Kurzzeitpflege im Erholungsurlaub.

Die Kurzzeitpflege 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 des Ansprechpartners sowie der Telefonnummer 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_001023