

BKK VerbundPlus
Zeppelinring 13
88400 Biberach

BKK
PFLEGE
VERSICHERUNG

E-Mail: info@bkkvp.de
Haben Sie Fragen?
Servicehotline: **0800 2 234 987**
(Anrufe aus dem Inland kostenfrei)

Bitte leserlich in Druckbuchstaben ausfüllen und zurücksenden.

Persönliche Angaben

Name	Vorname
Straße	PLZ, Ort
Geburtsdatum	Versicherungsnummer

Antrag auf Leistungen der Kurzzeitpflege

Ich beantrage	ab	bis
---------------	----	-----

Grund für die Kurzzeitpflege?

Mein Pflegebedarf ist nach einer abgeschlossenen stationären Behandlung noch vorübergehend erhöht.

Meine Pflegeperson kann aus folgendem Grund **zur Zeit** nicht (wieder) pflegen.

Urlaub	Krankheit	Sonstigem Grund
--------	-----------	-----------------

Meine Pflegeperson befindet sich in einer stationären Einrichtung zur medizinische Vorsorge und Rehabilitation was meine gleichzeitige Unterbringung sowie Pflege in dieser Einrichtung erforderlich macht.

Sonstige Krisensituation

Ich möchte in folgender Kurzzeitpflegeeinrichtung gepflegt werden

Name der Pflegeeinrichtung	
Straße	PLZ, Ort

Ansprüche aus Verhinderungspflege

Reichen die Mittel der Kurzzeitpflege zur Finanzierung der Leistung nicht aus, würde die Pflegekasse der BKK VerbundPlus mit Ihrer Zustimmung, die zur Verfügung stehenden Ansprüche aus der Verhinderungspflege unbürokratisch übertragen.

Damit bin ich einverstanden Ja Nein

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

Sicherstellung der Pflege nach der Kurzzeitpflege

durch eine Pflegeperson

Name	Vorname
Straße	PLZ, Ort

durch einen Pflegedienst

Name des Pflegedienstes	
Straße	PLZ, Ort

Unterbringung in einer vollstationären Pflegeeinrichtung

Name der Einrichtung	
Straße	PLZ, Ort

Unterschrift

Datum	Unterschrift des Versicherten
-------	-------------------------------

Hinweis

Der Antrag sollte möglichst vor Beginn der Inanspruchnahme der Pflegekasse vorliegen.

Datenschutzhinweis

Um sachgerecht über Ihren Antrag entscheiden zu können, ist Ihre Mitwirkung nach § 60 SGB I erforderlich. Wir möchten Sie deshalb bitten, die gestellten Fragen vollständig zu beantworten. Fehlt Ihre Mitwirkung, kann dies zu Nachteilen bei den Leistungsansprüchen führen.