


Antrag auf Kurzzeitpflege

Name, Vorname der pflegebedürftigen Person	Geburtsdatum
Anschrift	

Verhinderte Pflegeperson

Name, Vorname	Anschrift	Telefon
---------------	-----------	---------

Zeitraum der Verhinderung

vom _____ bis _____

Grund der Verhinderung der privaten Pflegeperson

- Erholungsurlaub
- Krankheit
- sonstige Gründe _____

Sicherstellung der Pflege in

Name der Einrichtung

Anschrift der Einrichtung

- Ich bin damit einverstanden, dass nach Ausschöpfung des Anspruchs auf Kurzzeitpflege die Kosten des weiteren Aufenthalts im Rahmen des Anspruchs auf Verhinderungspflege übernommen werden.
- Ich bin nicht damit einverstanden, dass eine Kopie des Bewilligungsbescheids von der Merck BKK Pflegekasse direkt an die oben genannte Pflegeeinrichtung geschickt wird.

Die Richtigkeit vorstehender Angaben wird hiermit bestätigt

Ort, Datum

Unterschrift des Versicherten / Bevollmächtigten

Datenschutzhinweis

Die Erhebung und Verarbeitung Ihrer Daten erfolgt auf der Grundlage gesetzlicher Bestimmungen und ist für die Durchführung der Aufgaben der Merck BKK notwendig. Mehr Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten erhalten Sie auf unserer Webseite www.merck-bkk.de/datenschutz/.

Angaben zu Kontaktdaten (Telefonnummer) sind freiwillig und werden ausschließlich für Rückfragen Ihrer Versicherungs- und Leistungsanfragen verwendet.