

Antrag auf teilstationäre Tages- oder Nachtpflege

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 des Versicherten	Vorname des Versicherten
-----------------------	--------------------------

Geburtsdatum des Versicherten	Krankenversicherungsnummer
-------------------------------	----------------------------

Name des Angehörigen – falls Pflegebedürftige/r	Vorname des Angehörigen – falls Pflegebedürftige/r
---	--

Geburtsdatum des Angehörigen – falls Pflegebedürftige/r	Versicherungsnummer des Angehörigen – falls Pflegebedürftige/r
---	--

Straße der/des Pflegebedürftigen	PLZ, Ort der/des Pflegebedürftigen
----------------------------------	------------------------------------

Telefon der/des Pflegebedürftigen	Handy-Nummer der/des Pflegebedürftigen
-----------------------------------	--

Ich beantrage teilstationäre Pflege

<input type="checkbox"/> Tagespflege	<input type="checkbox"/> Nachtpflege
--------------------------------------	--------------------------------------

ab	Name der Pflegeeinrichtung
----	----------------------------

Straße der Pflegeeinrichtung	PLZ, Ort der Pflegeeinrichtung
------------------------------	--------------------------------

Grund weshalb die häusliche Pflege nicht im ausreichendem Umfang sichergestellt werden kann

Kurzfristige Erhöhung der Pflegebedürftigkeit aufgrund (z. B. Krankheit)

Ermöglichung einer (Teil-) Erwerbstätigkeit für die Pflegeperson

Beabsichtigte teilweise Entlastung der Pflegeperson

Ständige Beaufsichtigung des Pflegebedürftigen ist nur eine bestimmte Anzahl an Stunden am Tag notwendig (Angabe Anzahl Stunden)

Ausschöpfung der Möglichkeit einer aktivierenden Pflege

Drohende Vereinsamung, Förderung und Erhaltung der sozialen Kommunikation

Sonstige Gründe

Die Pflege wird bisher durchgeführt von

Name der Pflegeperson / des Pflegedienstes

Straße der Pflegeperson / des Pflegedienstes

PLZ, Ort der Pflegeperson / des Pflegedienstes

Unterschrift

Datum

Unterschrift des Versicherten oder des Bevollmächtigten

Datenschutzhinweis

Diese Daten werden nach § 60 SGB I in Verbindung mit § 94 SGB XI erhoben. Wir bitten Sie, die gestellten Fragen vollständig zu Beantworten. Fehlt Ihre Mitwirkung, kann dies zu Nachteilen bei den Leistungsansprüchen führen.