

## Antrag auf Kurzzeitpflege

### Allgemeine Angaben zur pflegebedürftigen Person

Frau  Herr  Name, Vorname  T  T  M  M  J  J  J  J Geburtsdatum

Anschrift (Straße, Postleitzahl und Ort)

Krankenversicherungsnummer  Mitglied  familienversichert  Telefonnummer tagsüber (bei evtl. Rückfragen – freiwillige Angabe)

### Zeitraum und Grund der Kurzzeitpflege

► Da die Pflege in der häuslichen Umgebung **vorübergehend** nicht im erforderlichen Umfang sichergestellt werden kann, ist die vollstationäre Aufnahme in einer Kurzzeitpflegeeinrichtung notwendig.

Die Leistungen werden für den Zeitraum vom  T  T  M  M  J  J  J  J bis  T  T  M  M  J  J  J  J beantragt, weil

- im Anschluss an eine stationäre Behandlung noch keine angemessenen Möglichkeiten der häuslichen Pflege organisiert werden konnten, diese aber zukünftig durchgeführt werden soll.
- die Pflegeperson wegen Krankheit, Urlaub oder einer Krisensituation ausfällt und eine Überbrückung im Rahmen der Verhinderungspflege (§ 39 SGB XI) nicht möglich ist.
- sich der Gesundheitszustand der o. g. pflegebedürftigen Person verschlechtert hat und somit eine Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit eingetroffen ist.
- sonstige Gründe bestehen: \_\_\_\_\_

Kurze Schilderung der Situation: \_\_\_\_\_

### Angaben zur gewünschten Einrichtung

Bezeichnung des Pflegeheimes / der Kurzzeitpflegeeinrichtung  Telefonnummer

Anschrift des Pflegeheimes / der Kurzzeitpflegeeinrichtung

### Erklärung zum Leistungsanspruch

► Falls der reguläre Leistungsanspruch auf Kurzzeitpflege zur Deckung der Gesamtkosten nicht ausreicht, sollen die in diesem Kalenderjahr noch zur Verfügung stehenden Ansprüche auf

- zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsleistungen (ZBL)
- Verhinderungspflege

zugunsten der Kurzzeitpflege übertragen bzw. verrechnet werden.

**Hinweis:** Die Abrechnung erfolgt dann direkt zwischen der Pflegekasse und der Kurzzeitpflegeeinrichtung. Sie brauchen also nicht in Vorleistung zu treten.

Sie wünschen **keinerlei Verrechnung**? Dann bitte hier ankreuzen:

### Abschließende Erklärung

► Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass die vorstehenden Angaben wahrheitsgemäß und vollständig sind. Künftige Änderungen werde ich der Salus BKK unverzüglich mitteilen. Mir ist bewusst, dass unrichtige Angaben zu einer strafrechtlichen Verfolgung führen können.

**Datenschutzhinweis:** (§ 67a Abs. 3 SGB X) Damit wir unsere Aufgaben rechtmäßig erfüllen können, ist Ihr Mitwirken nach §§ 7 und 28 des Fünften Sozialgesetzbuches (SGB V) sowie § 60 des Ersten Sozialgesetzbuches (SGB I) erforderlich. Die Daten sind für die Feststellung des Leistungsanspruchs zu erheben. Freiwillige Angaben sind entsprechend gekennzeichnet. Wir versichern Ihnen, dass Ihre persönlichen Daten ausschließlich zur Erfüllung unserer Aufgaben verwendet werden. Ausführliche Hinweise und Informationen zum Datenschutz bei der Salus BKK finden Sie unter: [www.salus-bkk.de/datenschutz](http://www.salus-bkk.de/datenschutz)

Ort, Datum

X

Unterschrift der/des Versicherten oder des Betreuers/Bevollmächtigten