



BKK ZF & Partner
Lindau 26
94034 Passau

Antrag auf teilstationäre Pflege (Tages- oder Nachtpflege)

Name, Vorname, Geburtsdatum und Krankenversicherungs-Nr. des Pflegebedürftigen

Anschrift

Telefon

Ich beantrage ab _____ teilstationäre Pflege (Tages- oder Nachtpflege) weil

- die häusliche Pflege nicht in ausreichendem Umfang sichergestellt werden kann
oder
 weil dies zur Ergänzung oder Stärkung der häuslichen Pflege erforderlich ist.

Die teilstationäre Pflege erfolgt in folgender Vertragseinrichtung:

Name der Einrichtung

Anschrift

Datum

Unterschrift der/des Versicherten/Bevollmächtigten – bitte Nachweis beifügen

Datenschutzhinweis: Damit wir Ihren Antrag auf teilstationäre Pflege gem. § 41 SGB XI bearbeiten können, ist Ihr Mitwirken nach §§ 7, 28 SGB XI, § 60 SGB I erforderlich. Rechtsgrundlage für die Datenerhebung ist § 94 SGB XI. Fehlt Ihre Mitwirkung oder wird dieser Antrag nicht innerhalb eines Monats nach Zugang gestellt, kann sich dieses negativ auf Ihren Leistungsanspruch auswirken (vgl. §§ 60 Abs. 1 und 66 Abs. 1 SGB I). Die Angabe der Telefonnummer ist freiwillig.