



BKK ZF & Partner  
Postfach 11 80  
88001 Friedrichshafen

## 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.