

BERGISCHE KRANKENKASSE
Pflegekasse
42715 Solingen

Kurzzeitpflege

Name, Vorname, Geburtstag und Versicherungsnummer des Pflegebedürftigen

Adresse

Telefon*(freiwillige Angabe)

Ich beantrage **Kurzzeitpflege (§ 42 SGB XI)** vom _____ bis _____

Name der Einrichtung

Vorübergehend ist eine häusliche oder teilstationäre Pflege nicht möglich / nicht ausreichend, da
(Bitte kurz begründen, z. B. Ausfall der bisherigen Pflegeperson, kurzfristig erhebliche Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit)

Leistungsübertrag der Verhinderungspflege auf die Kurzzeitpflege

Die Daten werden zur Erfüllung der Aufgaben nach § 284 Abs. 1 SGB V und § 94 Abs. 1 SGB XI verarbeitet. Allgemeine Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten finden Sie auf www.bergische-krankenkasse.de/datenschutz oder werden Ihnen auf Wunsch ausgehändigt. Bei Fragen wenden Sie sich bitte an die BERGISCHE KRANKENKASSE, 42715 Solingen oder unseren Datenschutzbeauftragten unter datenschutz@bergische-krankenkasse.de.

Ich erkläre mich einverstanden, dass meine oben angegebenen freiwilligen Daten genutzt werden, um Kontakt mit mir aufzunehmen. Die Verarbeitung meiner freiwilligen Daten kann ich ohne für mich nachteilige Folgen verweigern bzw. jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Mir ist bekannt, dass dies nicht die Rechtmäßigkeit der bisher auf der Grundlage dieser Einwilligung erfolgten Verarbeitung berührt. Meine Widerrufserklärung kann ich richten an: BERGISCHE KRANKENKASSE 42715 Solingen.

Datum, Unterschrift Versicherter