

Antrag auf Leistungen der teilstationären Pflege (Tages- oder Nachtpflege)

Name, Vorname des Versicherten

Geburtsdatum

Straße, Hausnummer

Versichertennummer

Postleitzahl, Wohnort

Telefon

Ich beantrage die Übernahme der Kosten für eine 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 wird durchgeführt in:

Name der Einrichtung

Anschrift Einrichtung

Die teilstationäre Pflege erfolgt seit/ab:

(online erstellt)

Datum	Name und Vorname des Versicherten, des Betreuers oder gesetzlichen Vertreters
Datenschutzhinweis (§ 67a Abs. 3 SGB X): Die Daten werden zur Erfüllung unserer Aufgaben nach § 94 Abs. 1 Nr. 3 SGB XI verarbeitet. Wir benötigen die Angaben zur Prüfung des Anspruchs auf Tages- oder Nachtpflege nach § 41 SGB XI. Ihr Mitwirken ist nach § 60 SGB I erforderlich. Fehlt Ihre Mitwirkung, kann über Ihren Anspruch auf Leistungen der Tages- und Nachtpflege nicht entschieden werden (vgl. § 33 Abs. 1 SGB XI i. V. m. §§ 60 Abs. 1 und 66 Abs. 1 SGB I). Allgemeine Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten finden Sie unter www.aok.de/bayern/datenschutzrechte oder erhalten Sie in jeder AOK-Geschäftsstelle. Die Angabe der Telefonnummer ist freiwillig.	