

DIE BERGISCHE KRANKENKASSE
Pflegekasse
Postfach 19 05 40
42705 Solingen

Kurzzeitpflege

Name, Vorname des Pflegebedürftigen

Geburtsdatum

Versichertennummer

Adresse

Telefon*

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 unserer Aufgaben nach § 284 Abs. 1 SGB V und § 94 Abs. 1 SGB XI erhoben und verarbeitet. Ihr Mitwirken ist nach §§ 60 - 62, 65 SGB I erforderlich. Fehlende Mitwirkung kann nach § 66 SGB I zu Nachteilen bei Leistungsansprüchen führen. Allgemeine Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten finden Sie unter www.die-bergische-kk.de/datenschutz oder werden Ihnen auf Wunsch ausgehändigt. Bei Fragen wenden Sie sich an die BERGISCHE Krankenkasse, Postfach 19 05 40, 42705 Solingen oder unseren Datenschutzbeauftragten unter datenschutz@die-bergische-kk.de. Wir benötigen für die Bearbeitung Ihres Anliegens einige persönliche Angaben. Die mit * gekennzeichneten Angaben sind freiwillig. Empfänger Ihrer Daten können von der BERGISCHEN beauftragte Dienstleister sein. Allgemeine Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten finden Sie unter www.die-bergische-kk.de/datenschutz oder werden Ihnen auf Wunsch ausgehändigt. Bei Fragen wenden Sie sich an die BERGISCHE Krankenkasse, Postfach 19 05 40, 42705 Solingen oder unseren Datenschutzbeauftragten unter datenschutz@die-bergische-kk.de. Die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Daten erfolgt auf freiwilliger Basis. Mein Einverständnis 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: DIE BERGISCHE Krankenkasse, Postfach 19 05 40, 42705 Solingen.

Ich bin damit einverstanden, dass die BERGISCHE meine angegebenen freiwilligen Daten verarbeitet und verwendet, um mich über die Vorteile und Neuigkeiten der BERGISCHEN und ihrer Vertragspartner informieren und beraten zu können, auch per E-Mail und Telefon. Diese Einwilligung ist freiwillig und ich kann sie jederzeit widerrufen. (Wenn nicht zutreffend, bitte streichen.)

Datum, Unterschrift Versicherter