

Antrag auf Tages- und Nachtpflege

(teilstationäre Pflege)

bkk melitta hmr

gemeinsam richtung gesundheit

bkk melitta hmr

Pflegekasse

Marienstraße 122

32372 Minden

Persönliche Angaben		
Name, Vorname des/der Versicherten	Versicherungsnummer	Geburtsdatum
Straße, Nr.	PLZ, Ort	
E-Mail-Adresse ¹	Telefonnummer ¹	

1 - freiwillige Angabe

Ich beantrage ab _____ teilstationäre Pflege (§ 41/ § 43a Sozialgesetzbuch XI) in folgender Einrichtung:

Ort, Datum

Unterschrift Versicherter/r bzw. gesetzlicher Vertreter/in

Damit wir unsere Aufgaben rechtmäßig erfüllen können, ist Ihr Mitwirken nach §§ 60-62 SGB I erforderlich. Ihre Daten sind im vorliegenden Fall aufgrund § 28 SGB XI zu erheben. Fehlt Ihre Mitwirkung, kann dies zu Nachteilen bei den Leistungsansprüchen führen.

Die datenschutzrechtlichen Hinweise und Informationen zur Verarbeitung Ihrer Daten finden Sie unter www.bkk-melitta-hmr.de oder fordern Sie diese gerne direkt bei uns per Telefon unter **0571 93409-0** oder per E-Mail unter datenschutz@bkk-melitta.de an.