

# Zurück an die BIG

Versichertennummer

## Antrag auf Kurzzeitpflege

### Persönliche Angaben

Name, Vorname des/der Versicherten

Geburtsdatum

Anschrift

Ich beantrage Kurzzeitpflege für den Zeitraum von

bis

im Anschluss an eine stationäre Behandlung

wegen Verhinderung der bisherigen Pflegeperson

Stationäre Behandlung von

bis

aufgrund Erholungsurlaubes

aufgrund Krankheit

Name des Krankenhauses/der Rehabilitationseinrichtung

wegen kurzfristiger erheblicher Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit

aus sonstigen Gründen, und zwar:

### Die Kurzzeitpflege wird durchgeführt von

Name der Einrichtung

Anschrift

Telefonnummer

Ich übertrage meinen zur Verfügung stehenden Anspruch aus der Verhinderungspflege (bis zu 1.612,00 €) auf die Kurzzeitpflege

Ort, Datum

Unterschrift

### Bei Fragen bin ich erreichbar

E-Mail:

Telefon:

### Nutzen Sie für die Zusendung den für Sie einfachsten Weg:

E-Mail: info@big-direkt.de

Fax: 0231.5557-199

Post: BIG direkt gesund  
Pflege  
Postfach 10 06 42  
44006 Dortmund

#### Datenschutz bei der BIG

Als gesetzliche Pflegekasse gehen wir mit Ihren Daten sensibel und sorgfältig um. In diesem Formular erfragen wir Ihre personenbezogenen Daten, um Ihren Antrag auf Kurzzeitpflege nach § 42 SGB XI zu bearbeiten. Ihre personenbezogenen Daten geben wir nicht an Dritte weiter. Ihre hier erhobenen Daten speichern wir für 6 Jahre und löschen sie dann.