

KKH Kaufmännische Krankenkasse  
Pflegezentrum  
30125 Hannover

## Antrag auf Tages-/ Nachtpflege (§ 41 SGB XI)

### Meine Daten

Name

Vorname

Krankenversicherungsnummer

Geburtsdatum (Tag/Monat/Jahr)

Telefon Vorwahl

Telefon Rufnummer

Festnetz

Mobil

Straße

Hausnummer

PLZ

Ort

### Ich beantrage Tages-/ Nachtpflege

ab dem

(Tag/Monat/Jahr)

Diese **Pflegeeinrichtung** wird die Tages-/ Nachtpflege durchführen

Name

Straße

Hausnummer

PLZ

Ort

Ihre Angaben erheben und verarbeiten wir, um die Aufgaben der Pflegekasse bei der KKH nach § 94 Abs. 1 SGB XI zu erfüllen und Ihren Antrag auf Tages-/Nachtpflege nach § 41 SGB XI zu bearbeiten. Ihr Mitwirken ist nach § 60 SGB I erforderlich. Fehlende Mitwirkung kann zu Nachteilen (z. B. bei den Leistungsansprüchen nach § 41 SGB XI) führen. Näheres zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten finden Sie unter:

**[kkh.de/datenschutz](http://kkh.de/datenschutz)**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(Tag/Monat/Jahr)

--

Unterschrift pflegebed. Person oder gesetzl. Vertretung/bevollmächt.