



Antrag auf Leistungen der Pflegekasse

Name der/des Versicherten:	
Anschrift:	
Geburtsdatum:	
Telefonnummer:	
Krankenversicherungs-Nr.	
Krankenkasse:	
Pflegegrad:	
Pflegegrad seit wann:	
Ansprechpartner/ Tel.-Nr.	

Hiermit beantrage ich Leistungen nach:

(Bitte zutreffendes ankreuzen)

§45b Entlastungsleistungen
(1572,00€ im Jahr)

§39 Verhinderungspflege
(ab PG 2/1685,00€ im Jahr)

Zusätzlich möchte ich die **Kurzzeitpflege** in
Höhe von 843,00€ in Anspruch nehmen

Die bei der Krankenkasse **hinterlegte Pflegeperson** bitte mitangeben.

(Bitte private Pflegeperson eintragen)

Abtretungserklärung

Hiermit trete ich meinen Anspruch auf Leistungen nach §45b SGB XI und §39 SGB XI an die Fa. Elbanker Betreuungsdienst GbR, Drochterser Str. 32, 21706 Drochtersen und an die kooperative Abrechnungsstelle ab.

Durch meine Unterschrift stimme ich der Datenschutzerklärung auf der Rückseite der Fa. Elbanker Betreuungsdienst GbR zu und bestätige diese gelesen und verstanden zu haben.

Datum **Unterschrift der/des Versicherten bzw. der/des Bevollmächtigten**

Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung gemäß [DSGVO](#) zur Erhebung und Verarbeitung personenbezogener Daten

Der Schutz Ihrer persönlichen Daten ist uns wichtig. Wir möchten Sie daher an dieser Stelle über den Datenschutz informieren. Da Sie uns und unserem Kooperationspartner AS Bremen Abrechnungsstelle für Heil-, Hilfs,- und Pflegeberufe AG für die Erbringung der Dienstleistung und die Abrechnung mit der Pflegekasse beauftragen, erheben und speichern wir Ihre persönlichen Daten grundsätzlich nur wenn diese für die Durchführung des Vertrages notwendig ist.

Hiermit willige ich in:

- Das Erfassen, die Speicherung und die Verbreitung meiner personenbezogenen Daten durch die Fa. Elbanker Betreuungsdienst GbR ein.

Ich nehme zur Kenntnis, dass meine personenbezogenen Daten erhoben und verwendet werden.

Die Daten werden von *Fa. Elbanker Betreuungsdienst GbR* gespeichert und können nur von berechtigten Personen eingesehen und bearbeitet werden. Ihre persönlichen Daten werden, sofern dies nicht zur Erbringung der Dienstleistung notwendig ist, nicht an Dritte ohne Einwilligung Ihrerseits weitergegeben. Unsere Mitarbeiter/in werden zur Verschwiegenheit und ebenfalls zur Einhaltung der datenschutzrechtlichen Linien verpflichtet.

Zusatzvereinbarung

Werden Termine nicht zeitnah aus diversen Gründen abgesagt, gelten folgende Konditionen:

Absage 24 Stunden vorher	=	0% des Stundensatzes
Absage am vereinbarten Termin	=	50% des Stundensatzes zzgl. Anfahrtspauschale
Keine Absage	=	100% des Stundensatzes zzgl. Anfahrtspauschale

Stundensätze:

Entlastungsleistungen §45b	=	36,00€/ Stunde
Verhinderungspflege § 39	=	45,00€/ Stunde
Anfahrtspauschale	=	5,40€/ je Anfahrt

Widerspruchsrecht

Sie können darüber hinaus jederzeit ohne Angaben von Gründen von Ihrem **Widerspruchsrecht** Gebrauch machen und die erteilte Einwilligungserklärung mit Wirkung für die Zukunft abändern oder gänzlich widerrufen. Sie können den Widerruf entweder postalisch, per E-Mail oder per Fax an den Vertragspartner übermitteln.

Meine Einwilligung gilt bis auf Widerruf. Ich erteile diese Einwilligung freiwillig, sie ist an keine weitere Bedingung gebunden.