



BAHN-BKK
Postfach 90 02 52
60442 Frankfurt am Main

**Ärztliches Attest für den Bezug von Pflegeunterstützungsgeld
bei kurzzeitiger Arbeitsverhinderung nach § 2 Pflegezeitgesetz**

Angaben zum pflegebedürftigen nahen Angehörigen

Vorname Name: _____ Geb.-Datum: _____ KV-Nummer: _____

Anschrift: _____

Angaben zur Pflegeperson

Vorname Name: _____

Anschrift: _____

Herr/Frau _____ ist vom _____ bis _____ kurzzeitig an der Arbeit
verhindert, da für Herrn/Frau _____ eine bedarfsgerechte Versorgung in einer
akut eingetretenen Pflegesituation organisiert oder sichergestellt werden muss.

☐ Die Voraussetzungen der Pflegebedürftigkeit (§14 SGB XI) sind voraussichtlich erfüllt.

☐ Es werden bereits Leistungen der Pflegegrad ____ bezogen.

Datum

Unterschrift und Arztstempel

Bitte beachten Sie:

Die Kosten für das Attest trägt der Antragsteller

Datenschutzhinweis

Die Verarbeitung Ihrer Daten erfolgt auf Grundlage gesetzlicher Bestimmungen und ist für die Durchführung unserer Aufgaben erforderlich. Weitere Informationen zur Verarbeitung Ihrer Daten und zu Ihren Rechten nach der Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO) finden Sie auf unserer Internetseite www.bahn-bkk.de/datenschutz. Gern senden wir Ihnen diese Informationen auch zu. Rufen Sie uns dazu bitte unter unserer kostenfreien Servicenummer an: 0800 22 46 255. Sie erreichen uns täglich von 8 bis 20 Uhr.