Bitte senden an:

Antrag auf Kurzzeitpflege

Name, Vorname des Pflegebedürftigen: _____

Krankenversicherungsnummer: _____

Name der Pflegeperson: _____

Ich beantrage die Kurzzeitpflege, da meine Pflege durch meine Pflegeperson vorübergehend aus folgendem Grund nicht in meinem Haushalt durchgeführt werden kann.

☐ wegen Krankheit ☐ wegen Erholungsurlaub

☐ einer sonstigen Krisensituation ☐ im Anschluss an eine stationäre Behandlung

für die Zeit vom _____ bis _____

☐ Ich bitte um Unterstützung bei der Suche einer Kurzzeitpflegeeinrichtung.

Während der Abwesenheit der bisherigen Pflegeperson bzw. im Anschluss an eine stationäre Behandlung soll die häusliche Pflege in folgender Kurzzeitpflegeeinrichtung erbracht werden:

Name, Anschrift: _____

Im laufenden Kalenderjahr wurde bereits Kurzzeitpflege beansprucht für

_____ Tage / Betrag _____ Euro.

☐ Ich beantrage die Kombination/Übertragung von Leistungen der Verhinderungspflege auf die Leistungen der Kurzzeitpflege (siehe beigefügtes Informationsblatt).

Nur beantworten, wenn die Übertragung Verhinderungspflege zum ersten Mal beantragt wird: Ich wurde bisher in meinem Haushalt gepflegt über einen Zeitraum von

☐ länger als 6 Monate ☐ kürzer als 6 Monate

_____ _____

Ort, Datum Unterschrift

Datenschutzhinweis: Diese Daten werden nach § 60 SGB I in Verbindung mit § 94 SGB XI erhoben.