

Bitte senden an:

PFLEGEKASSE
Telefonische Erreichbarkeit:
040 325325555

Antrag auf Leistungen der Kurzzeitpflege

Allgemeine Angaben zum Pflegebedürftigen

Name, Vorname	Geburtsdatum	Krankenversicherten-Nr.
Anschrift	Vorwahl	Rufnummer

Angaben zur Kurzzeitpflege

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

- wegen Krankheit wegen einer sonstigen Krisensituation im Anschluss an eine stationäre Behandlung
 wegen Erholungsurlaub

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 der Pflegeeinrichtung	
Straße	
Hausnummer	
PLZ	Ort
Vorwahl	Rufnummer

Im laufenden Kalenderjahr wurde bereits Kurzzeitpflege beansprucht für Tage / Betrag € .

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

Ort, Datum

Unterschrift des Versicherten/ Betreuers/ Bevollmächtigten

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