

# Antrag auf Leistungen der Kurzzeitpflege

Bitte füllen Sie alle Felder des Antrags aus und unterschreiben Sie auf der letzten Seite.

## Daten der/des Versicherten:

\_\_\_\_\_  
Nachname, Vorname der/des Versicherten

\_\_\_\_\_  
Versicherungsnummer

\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Postleitzahl/Wohnort

\_\_\_\_\_  
Telefonnummer

**Ich beantrage die Übernahme der Kosten für eine Kurzzeitpflege, weil meine häusliche Pflege zeitweise nicht, noch nicht oder nicht im erforderlichen Umfang sichergestellt werden kann**

- für eine Übergangszeit im Anschluss an eine stationäre Behandlung  
**oder**  
 weil vorübergehend häusliche oder teilstationäre Pflege nicht möglich oder nicht ausreichend ist

## Die Kurzzeitpflege wird durchgeführt in:

\_\_\_\_\_  
Name der Einrichtung

\_\_\_\_\_  
Anschrift der Einrichtung

## Die Kurzzeitpflege wird in folgendem Zeitraum durchgeführt:

\_\_\_\_\_  
Beginn der Kurzzeitpflege

\_\_\_\_\_  
Ende der Kurzzeitpflege

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift Versicherte(r) / Betreuer(in) / Bevollmächtigte(r) / gesetzliche(r) Vertreter(in)

**Datenschutzhinweis (§ 67a Abs. 3 SGB X):** Damit wir unsere Aufgaben rechtmäßig erfüllen können, ist Ihr Mitwirken nach §§ 7, 28 SGB XI, § 60 SGB I erforderlich. Ihre Daten sind im vorliegenden Fall aufgrund § 94 SGB XI zu erheben. Fehlt Ihre Mitwirkung, kann dies zu Nachteilen (z. B. bei den Leistungsansprüchen) führen.

