

Antrag auf Leistungen der teilstationären Pflege (Tages- oder Nachtpflege)

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 teilstationäre Pflege (Tages- oder Nachtpflege)

- weil die häusliche Pflege nicht in ausreichendem Umfang sichergestellt werden kann
oder
 weil dies zur Ergänzung oder Stärkung der häuslichen Pflege erforderlich ist

Die teilstationäre Pflege wird durchgeführt in:

Name der Einrichtung

Anschrift der Einrichtung

Die teilstationäre Pflege erfolgt seit/ab:

Datum

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.

