

Aktenzeichen:

Antrag auf Leistungen der Kurzzeitpflege sowie zusätzliche Betreuung und Aktivierung in stationären Einrichtungen	
A. Angaben zur pflegebedürftigen Person	
Name, Vorname (ggf. auch Geburtsname)	Geburtsdatum
Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort	Krankenversicherungsnummer
B. Angaben zur Pflegeperson	
_____	_____
Name, Vorname (ggf. auch Geburtsname)	Geburtsdatum
_____	_____
Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort	Rentenversicherungsnummer
C. Angaben zur Kurzzeitpflege	
1. Zeitraum der Kurzzeitpflege von _____ bis _____ Tag, Monat, Jahr Tag, Monat, Jahr	
2. Grund der Kurzzeitpflege (bitte unbedingt angeben)	
<input type="checkbox"/> Erholungsurlaub der Pflegeperson	
<input type="checkbox"/> Erkrankung der Pflegeperson	
<input type="checkbox"/> Übergangszeit im Anschluss an eine stationäre Behandlung des Pflegebedürftigen	
<input type="checkbox"/> Sonstige Gründe (bitte erläutern): _____	
3. Kurzzeitpflegeeinrichtung	
_____	_____
Bezeichnung der Einrichtung bzw. des Pflegeheims	Institutionskennzeichen
_____	_____
Anschrift der Einrichtung	Telefon
D. Erklärung und Unterschrift	
Ich versichere, dass die gemachten Angaben den Tatsachen entsprechen. Änderungen in den Verhältnissen, die für die Leistungserbringung erheblich sind, werde ich umgehend mitteilen	
_____	_____
Datum	Unterschrift des Pflegebedürftigen
_____	_____
Telefon	Unterschrift des Bevollmächtigten, Betreuers oder gesetzlichen Vertreters
Um Sie umfassend beraten und betreuen zu können, sind wir darauf angewiesen, Daten zu erheben, zu verarbeiten und zu nutzen. Dabei beachten wir die für uns geltenden Datenschutzbestimmungen.	