

Antrag auf Kurzzeitpflege vom

Name	Versicherungsnummer
Straße, PLZ Ort	Telefonnummer

Ich beantrage die Übernahme der Kosten für eine Kurzzeitpflege:

- weil die Pflegeperson abwesend ist wegen Erholungsurlaub.
- im Anschluss an eine stationäre Behandlung. wegen Krankheit.
- weil weder häusliche Pflege noch teilstationäre Pflege möglich ist.

Kurzzeitpflege vom		voraussichtlich bis		
		maximal 56 Tage		

Name und Anschrift der Pflegeeinrichtung	Telefonnummer

Bestätigung der Einrichtung

Pflegebedingte Aufwendungen kalendertäglich:

	Euro
--	------

Ausbildungszuschlag:

	Euro
--	------

Investitionskosten:

	Euro
--	------

Unterkunft und Verpflegung kalendertäglich:

	Euro
--	------

Institutionskennzeichen (IK) der Einrichtung

--

Datenschutzhinweis nach § 67 a SGB X und § 67 b Abs. 2 Satz 3 SGB X: Die Erhebung der Daten beruht auf §§ 36, 37, 38 und 43 SGB XI und ist zur rechtmäßigen Erfüllung unserer Aufgaben erforderlich. Zur Mitteilung der erfragten Angaben sind Sie nach § 60 SGB I verpflichtet. Die Angabe der Telefonnummer sowie die Einwilligung zur Datenerhebung bei Dritten sind freiwillig. Unterbleibt Ihre Mitwirkung dürfen wir unsere Leistungen nach § 66 SGB I einschränken.

Datum, Unterschrift der/des Versicherten oder der/des Bevollmächtigten

Stempel / Unterschrift der Pflegeeinrichtung