

Antrag auf Kurzzeitpflege

Vertrags-Nummer

A. Antragsteller (Versicherungsnehmer)

Vorname Zuname Geburtsdatum

Anschrift

B. Ich beantrage Leistungen der Kurzzeitpflege

- im Anschluss an den Krankenhausaufenthalt.
 da vorübergehend meine häusliche Pflege nicht möglich ist.
 da meine Pflegeperson
meine Pflege vom bis
wegen Urlaub
 Krankheit
 Entlastung
 sonstige Gründe
nicht durchführen kann.

Die Pflege wird für diese Zeit in folgender Einrichtung sichergestellt:

Name
Anschrift

Unterschrift

Ich bin damit einverstanden, dass nach Ausschöpfung des Anspruchs auf Leistungen der Kurzzeitpflege, die Kosten des weiteren Aufenthaltes im Rahmen der Leistungen der Verhinderungspflege und der vollstationären Pflege übernommen werden, sofern hierfür ein Anspruch besteht.

Ort Datum Unterschrift des Versicherten

Bitte per FAX zurück an: 0621 - 427-8983