

Vertragsnummer: _____

Antrag auf Kurzzeitpflege

Antragsteller

Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____
Anschrift: _____

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 und Datum

Unterschrift des Versicherten

Bitte per FAX zurück an: 0621 - 427-8983