



## Antrag auf Leistungen der Kurzzeitpflege

Versicherungsnummer \_\_\_\_\_

Name, Vorname \_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer \_\_\_\_\_

PLZ, Wohnort \_\_\_\_\_

Telefonnummer \_\_\_\_\_ (für Rückfragen)

### 1. Ich beantrage Leistungen der Kurzzeitpflege:

- für die Übergangszeit nach einer stationären Behandlung
- in sonstigen Krisensituationen, in denen vorübergehend häusliche oder teilstationäre Pflege nicht möglich ist (zum Beispiel Urlaub oder Krankheit der Pflegeperson)
- wegen einer Rehabilitationsmaßnahme der Pflegeperson

### 2. Ich beantrage die Leistung für den Zeitraum:

vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

### 3. Ich möchte folgende Kurzzeitpflegeeinrichtung in Anspruch nehmen:

(Bezeichnung, Anschrift und Telefonnummer der Einrichtung)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### 4. Art der Einrichtung

(bitte gegebenenfalls bei der Einrichtung erfragen)

- Die Einrichtung besitzt einen Versorgungsvertrag für die Erbringung von Kurzzeitpflege  
seit \_\_\_\_\_
- Es handelt sich um eine Einrichtung zur medizinischen Vorsorge oder Rehabilitation. Ein Versorgungsvertrag für Kurzzeitpflege liegt nicht vor.

\_\_\_\_\_  
Datum und Unterschrift der/des Versicherungsnehmerin/s oder deren/dessen Bevollmächtigten