

Antrag auf Leistungen der teilstationären Pflege (Tages- oder Nachtpflege)

Bitte füllen Sie alle Felder des Antrags aus und unterschreiben Sie auf der letzten Seite.

Daten der/des Versicherten:

Nachname, Vorname der/des Versicherten	Versicherungsnummer
Straße, Hausnummer	Geburtsdatum
Postleitzahl/Wohnort	Telefonnummer

Ich beantrage die Übernahme der Kosten für eine teilstationäre Pflege (Tages- oder Nachtpflege)

- weil die häusliche Pflege nicht in ausreichendem Umfang sichergestellt werden kann
oder
 weil dies zur Ergänzung oder Stärkung der häuslichen Pflege erforderlich ist

Die teilstationäre Pflege wird durchgeführt in:

Name der Einrichtung

Anschrift der Einrichtung

Die teilstationäre Pflege erfolgt seit/ab:

Datum

Datum, Unterschrift Versicherte(r) / Betreuer(in) / Bevollmächtigte(r) / gesetzliche(r) Vertreter(in)

Datenschutzhinweis: Damit wir Ihren Antrag auf Tages- und Nachtpflege gem. § 41 SGB XI bearbeiten können, ist Ihr Mitwirken nach §§ 7, 28 SGB XI, § 60 SGB I erforderlich. Rechtsgrundlage für die Datenerhebung ist § 94 SGB XI. Fehlt Ihre Mitwirkung oder wird dieser Antrag nicht innerhalb eines Monats nach Zugang gestellt, kann sich dieses negativ auf Ihren Leistungsanspruch auswirken (vgl. §§ 60 Abs. 1 und 66 Abs. 1 SGB I). Die Angabe der Telefonnummer ist freiwillig.

