

Pflegeunterstützungsgeld für pflegende Angehörige nach § 44a SGB XI

Ärztliche Bescheinigung

1. naher Angehöriger

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Adresse:

Verwandtschaftsverhältnis zum Versicherten:

2. voraussichtlich Pflegebedürftiger/ Pflegebedürftiger

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Krankenkasse:

Versichertennummer:

Für den oben genannten nahen Angehörigen ist eine Freistellung von der Arbeit erforderlich, um im aktuellen Akut-Fall die Pflege des Angehörigen zu organisieren oder die pflegerische Versorgung sicherzustellen.

Der Patient erfüllt aus unserer Sicht die Voraussetzungen der Pflegebedürftigkeit.

Zeitraum der erforderlichen Freistellung: bis

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift und Stempel des Arztes