

Pflegeunterstützungsgeld für pflegende Angehörige nach § 44a SGB XI

Ärztliche Bescheinigung

1. naher Angehöriger

Name: _____

Vorname: _____

geboren am: _____

Anschrift: _____

Verwandtschaftsverhältnis zum Versicherten: _____

2. voraussichtlich Pflegebedürftiger/Pflegebedürftiger

Name: _____

Vorname: _____

geboren am: _____

Krankenkasse: _____

Versichertennummer: _____

Für den oben genannten nahen Angehörigen ist eine Freistellung von der Arbeit erforderlich, um im aktuellen Akutfall 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