

Antrag auf Kurzzeitpflege bei fehlender Pflegebedürftigkeit nach § 39c SGB V

Bitte reichen Sie den Antrag vor Inanspruchnahme der Kurzzeitpflege ein



Seite 1 zum Antrag auf Kurzzeitpflege nach § 39c SGB V

Name der/des Versicherten, Vorname	
Versichertennummer	
Geburtsdatum	
Anschrift	
Telefonnummer*	

Hiermit beantrage ich Kurzzeitpflege von: _____ bis: _____

Die Pflege wird in dieser Zeit sichergestellt im

Name der Einrichtung

Anschrift der Einrichtung

Telefonnummer und Faxnummer der Einrichtung

IK der Einrichtung, soweit bekannt

Bestehen Ansprüche auf Pflegeleistungen der
Pflegeversicherung oder vom Sozialhilfeträger?

nein ja

Wenn nein, wurde ein entsprechender Antrag gestellt?

nein ja, am _____

Ich lebe allein

nein ja

Meine im Haushalt lebende Person kann
mich im erforderlichen Umfang pflegen und versorgen

nein ja

Wurde im laufenden Jahr bereits
Kurzzeitpflege in Anspruch genommen?

nein ja, von _____ bis _____

Betreuer/in; Bevollmächtigte/r; Angehöriger:

(Bitte einen Nachweis für Betreuer und Bevollmächtigte beifügen)

Name: _____

Anschrift: _____

Telefon*: _____

Hausarzt

Name: _____

Anschrift: _____

Telefon* : _____

Datum

Unterschrift der/des Versicherten/Bevollm./Betreuer/in

Datenschutzhinweis: Die Daten werden zur Erfüllung unserer Aufgaben nach § 284 Abs. 1 Nr. 4 SGB V zum Zwecke der Erbringung von Leistungen der Kurzzeitpflege nach § 39c SGB V erhoben und verarbeitet. Ihr Mitwirken ist nach § 60 SGB I erforderlich. Fehlende Mitwirkung kann zu Nachteilen bei den Leistungsansprüchen führen. Allgemeine Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten finden Sie unter www.aok.de/nordost/datenschutzrechte.

Die mit * gekennzeichneten Felder sind freiwillige Angaben. Sie erleichtern uns die Kontaktaufnahme mit Ihnen.

Name der/des Versicherten, Vorname

Geburtsdatum

Versichertennummer

Ärztliche Bescheinigung über die Notwendigkeit einer Kurzzeitpflege nach § 39c SGB V -

Bitte vom behandelnden Arzt/Ärztin/Krankenhausarzt/-ärztin ausfüllen lassen:

Die Kurzzeitpflege ist notwendig wegen

- schwerer Krankheit
- akuter Verschlimmerung einer Krankheit
- einer chronischen Erkrankung (Dauerzustand)

Diagnose/n und relevante Begleiterkrankung/en:

Folgender Pflege- bzw. Unterstützungsbedarf liegt aus Anlass der akuten Situation bei der Patientin/dem Patienten vor:

- Körperpflege: _____
- Mobilität: _____
- Ernährung: _____
- Haushalt: _____
- Sonstiges: _____

Voraussichtliche Dauer der Einschränkungen

- unter 6 Monate über 6 Monate

Ein Anspruch auf Kurzzeitpflege nach § 39c SGB V besteht nur dann, wenn die häusliche Krankenpflege durch einen Pflegedienst nach § 37 Abs. 1a SGB V nicht ausreichend ist, weil ein besonderer Unterstützungsbedarf besteht.

Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 Abs. 1a SGB V reichen nicht aus, da ein ganztägiger Unterstützungs- und Versorgungsbedarf besteht

- ja nein

Andere Gründe: _____

Der umfangreiche grundpflegerische und hauswirtschaftliche Versorgungsbedarf ist aus

medizinischer Sicht voraussichtlich erforderlich vom _____ bis _____

Die Voraussetzungen für Pflegebedürftigkeit nach SGB XI liegen vor

- ja nein

Datum

Stempel **und** Unterschrift des Arztes/der Ärztin