

# 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](http://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 haus-

wirtschaftliche 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