

Antrag auf Leistungen der Kurzzeitpflege

Name, Vorname des Versicherten

Geburtsdatum

Straße, Hausnummer

Versichertennummer

Postleitzahl/Wohnort

Telefon

Die Kurzzeitpflege ist erforderlich:

- weil meine Pflegeperson wegen **Urlaub** vorübergehend verhindert ist.
- weil meine Pflegeperson wegen **Krankheit** vorübergehend verhindert ist.
- weil meine Pflegeperson aus **sonstigen Gründen** vorübergehend verhindert ist.

Verhinderungsgrund: _____

- für eine Übergangszeit im Anschluss **an eine stationäre Behandlung** des Pflegebedürftigen

Die Kurzzeitpflege wird durchgeführt in:

Name der Einrichtung

Anschrift der Einrichtung

Die Kurzzeitpflege wird in folgendem Zeitraum durchgeführt:

Beginn und Ende der Kurzzeitpflege

Die häusliche Pflege kann in dieser Zeit nicht anderweitig, beispielsweise im Rahmen der teilstationären Pflege in einer Einrichtung der Tages-/Nachtpflege, sichergestellt werden.

Datum und Unterschrift des Versicherten, des Betreuers oder gesetzlichen Vertreters

Datenschutzhinweis: Damit wir Ihren Antrag auf Kurzzeitpflege gem. § 42 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.