

## ANTRAG AUF KURZZEITPFLEGE.

für \_\_\_\_\_, geb. am \_\_\_\_\_

Krankenversicherungs-Nr.: \_\_\_\_\_

für den Zeitraum von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Name des Kurzzeitpflegeheimes

\_\_\_\_\_  
Tel.Nr.

\_\_\_\_\_  
Anschrift des Kurzzeitpflegeheimes

Die häusliche Pflege oder eine teilstationäre Pflege ist nicht möglich

für eine Übergangszeit im Anschluss an eine stationäre Behandlung

in einer Krisensituation

\_\_\_\_\_  
(bitte Begründung angeben: z.B. Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit, Wegfall der Pflegeperson)

wegen Krankheit oder sonstiger Verhinderung der Pflegeperson

wegen Urlaub der Pflegeperson

Wurde in diesem Kalenderjahr bereits Verhinderungs- oder Kurzzeitpflege gewährt?

Nein

Ja, vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Sofern der Betrag der Kurzzeitpflege zur Kostendeckung nicht ausreicht, wünsche ich, den noch zur Verfügung stehenden Leistungsbetrag der Verhinderungspflege einzusetzen.

Ja

Nein

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum und Telefonnummer

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des/der Versicherten