

Antrag auf Kurzzeitpflege

Datenschutzhinweis: Die Erhebung der Daten beruht auf § 42 SGB XI und ist zur rechtmäßigen Erfüllung unserer Aufgaben erforderlich. Zur Mitteilung der erfragten Angaben sind Sie nach § 60 SGB I verpflichtet. Unterbleibt Ihre Mitwirkung, soweit diese nicht freiwillig ist, dürfen wir unsere Leistungen nach § 66 SGB I einschränken.

Name, Vorname der/des Pflegebedürftigen

Pflegeversichertennummer

Anschrift

Telefonnummer. (Angabe freiwillig)

Ich beantrage Kurzzeitpflege

für eine Übergangszeit im Anschluss an die stationäre Behandlung,
Stationäre Behandlung vom/bis _____ Krankenhaus/Rehabilitationseinrichtung _____

weil weder häusliche Pflege noch teilstationäre Pflege möglich bzw. ausreichend ist.
Grund _____

weil häusliche Pflege vorübergehend nicht möglich und teilstationäre Pflege nicht ausreichend ist
 wegen Verhinderung oder Ausfall der bisherigen Pflegeperson.
 wegen kurzfristiger erheblicher Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit.
 wegen (sonstige Gründe) _____

Die Kurzzeitpflege wird durchgeführt von

Bezeichnung und Anschrift der Pflegeeinrichtung _____

Beginn der Kurzzeitpflege

Voraussichtliche Dauer der Kurzzeitpflege

Tage

Wochen

Vorstehende Angaben habe ich nach bestem Wissen und wahrheitsgemäß gemacht.

Ort, Datum

Unterschrift der/des Pflegebedürftigen/Bevollmächtigten

X