Antrag auf Kurzzeitpflege

Antragsteller:

Name: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Grund für die Kurzzeitpflege:

[ ] Krankenhausaufenthalt der Pflegeperson

[ ] Vorübergehende gesundheitliche Verschlechterung

[ ] Überbrückung bis zur dauerhaften Pflege

Zeitraum der Kurzzeitpflege:

Von: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Wunsch-Einrichtung: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Erklärung:

Ich beantrage die Kostenübernahme der Kurzzeitpflege durch meine Pflegekasse.

Ort, Datum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Unterschrift des Antragstellers / Betreuers: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_