

Antrag auf teilstationäre Pflege

für _____ KV-Nr. : _____

**Beantragt wird die Kostenübernahme teilstationärer Pflege in einer Einrichtung
der Tages-/Nachtpflege vom _____ bis _____**

In dieser Zeit kann häusliche Pflege aus folgenden Gründen nicht in ausreichendem Umfang sichergestellt werden

Die Pflege wird durchgeführt von

Pflegeeinrichtung

Vorwahl, Rufnummer

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Als Bevollmächtigte/r/Betreuer/in wurde eingesetzt bzw. bestimmt

Vorname, Name

Vorwahl, Rufnummer

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Kopie der Betreuungsurkunde/Vollmacht ist beigelegt

Kopie der Betreuungsurkunde/Vollmacht liegt Ihnen vor

Datum

Unterschrift Antragsteller/in

Datenschutzhinweis: Damit wir Ihren Antrag bearbeiten können, ist Ihr Mitwirken nach §§ 7, 28 SGB XI und § 60 SGB I erforderlich. Die Rechtsgrundlage für die Erhebung der Daten beruht auf § 94 SGB XI. Fehlt Ihre Mitwirkung, kann sich das negativ auf Ihren Leistungsanspruch und seinen Beginn auswirken.