

## Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung

### Leistungen der teilstationären Pflege (Tages-/Nachtpflege)

#### Persönliche Daten des Pflegebedürftigen

Name, Vorname	Kundennummer	Geburtsdatum
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Straße, Hausnummer	Telefonnummer	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
PLZ, Ort	E-Mail	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	

#### Ich beantrage die Kostenübernahme für teilstationäre Pflege

ab

Name der **Pflegeeinrichtung**

Straße, Hausnummer	IK-Nr. der Pflegeeinrichtung (falls bekannt)
<input type="text"/>	<input type="text"/>
PLZ, Ort	Telefon
<input type="text"/>	<input type="text"/>

weil die häusliche Pflege nicht in ausreichendem Umfang sichergestellt werden kann

**oder**

weil dies zur Ergänzung oder Stärkung der häuslichen Pflege erforderlich ist

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ort, Datum	Unterschrift
<input type="text"/>	
Unterschrift des Bevollmächtigten (bitte Vollmacht in Kopie beifügen)	

#### Hinweis zum Datenschutz und zur Mitwirkung:

Gemäß § 67a SGB X in Verbindung mit §§ 7, 7a, 28 SGB XI, § 60 SGB I ist Ihre Mitwirkung zur Bearbeitung Ihres Antrages erforderlich. Ihre Daten sind im vorliegenden Fall aufgrund § 94 SGB XI zu erheben. Fehlt Ihre Mitwirkung kann dies zu Nachteilen bei Ihren Leistungsansprüchen führen.

