

# Antrag auf Leistungen der Kurzzeitpflege

Bitte füllen Sie alle Felder des Antrags aus und unterschreiben Sie auf der letzten Seite.

## Daten der/des Versicherten:

Nachname, Vorname der/des Versicherten

Versicherungsnummer

Straße, Hausnummer

Geburtsdatum

Postleitzahl/Wohnort

Telefonnummer

**Ich beantrage die Übernahme der Kosten für eine Kurzzeitpflege, weil meine häusliche Pflege zeitweise nicht, noch nicht oder nicht im erforderlichen Umfang sichergestellt werden kann**

- für eine Übergangszeit im Anschluss an eine stationäre Behandlung  
**oder**  
 weil vorübergehend häusliche oder teilstationäre Pflege nicht möglich oder nicht ausreichend ist

## Die Kurzzeitpflege wird durchgeführt in:

Name der Einrichtung

Anschrift der Einrichtung

## Die Kurzzeitpflege wird in folgendem Zeitraum durchgeführt:

Beginn der Kurzzeitpflege

Ende der Kurzzeitpflege

Datum, Unterschrift Versicherte(r) / Betreuer(in) / Bevollmächtigte(r) / gesetzliche(r) Vertreter(in)

**Datenschutzhinweis:** Damit wir Ihren Antrag auf Pflegeleistungen bearbeiten können, ist Ihr Mitwirken nach §§ 7, 28 SGB XI, § 60 SGB I erforderlich. Rechtsgrundlage für die Datenerhebung ist § 94 SGB XI. Fehlt Ihre Mitwirkung oder wird dieser Antrag nicht innerhalb eines Monats nach Zugang gestellt, kann sich dieses negativ auf Ihren Leistungsanspruch und dessen Beginn auswirken (vgl. § 33 Abs. 1 SGB XI i. V. m. §§ 60 Abs. 1 und 66 Abs. 1 SGB I). Die Angabe der Telefonnummer ist freiwillig. Liegt ein Beihilfeanspruch vor und sind rentenversicherungspflichtige Pflegepersonen (§ 44 Abs. 5 SGB XI) vorhanden, werden diese zur Aufnahme der Beitragszahlung an die Beihilfestelle gemeldet.

