

Antrag auf Leistungen der Kurzzeitpflege

Name, Vorname des Versicherten

Geburtsdatum

Straße, Hausnummer

Versichertennummer

Postleitzahl/Wohnort

Telefon

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:

AWO Seniorenzentrum Hardtwald

Name der Einrichtung

Berliner Ring 8-10, 76344 Eggenstein-Leopoldshafen | Telefon (0721) 961406-0

Anschrift der Einrichtung

Die Kurzzeitpflege wird in folgendem Zeitraum durchgeführt:

Beginn und Ende der Kurzzeitpflege

Datum und Unterschrift des Versicherten, des Betreuers oder gesetzlichen Vertreters