

Name, Vorname des Versicherten	Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.
--------------------------------	---------------------	------------------

## Antrag des Versicherten auf außerklinische Intensivpflege (Nicht auszufüllen bei Vorabinformation aus Krankenhaus)

Ich beantrage außerklinische Intensivpflege für die Zeit vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

<input type="checkbox"/> in meinem Haushalt	<input type="checkbox"/> im Haushalt einer sonstigen Person	<input type="checkbox"/> in einer Werkstatt für behinderte Menschen
<input type="checkbox"/> in einer vollstationären Pflegeeinrichtung	<input type="checkbox"/> in einer Schule, Kindergarten	<input type="checkbox"/> in einer Wohneinheit
	<input type="checkbox"/> in einer betreuten Wohnform	<input type="checkbox"/> in einer sonstigen Einrichtung

### Leistungsort

Name des Leistungsortes	
Straße, Haus-Nr	
PLZ	Ort

Wird von den An- und Zugehörigen im Verordnungszeitraum die Übernahme von Leistungen angestrebt?

Ja, es wird die Übernahme folgender Maßnahmen der außerklinischen Intensivpflege durch An- und Zugehörige angestrebt:

---

Nein, es wird keine Übernahme von Maßnahmen der außerklinischen Intensivpflege durch An- und Zugehörige angestrebt.

### An der Versorgung beteiligte An- und Zugehörige

Name	
Straße, Haus-Nr	
PLZ	Ort

Datum

---

### Bevollmächtigte/r bzw. Betreuer/in

Name	
Straße, Haus-Nr	
PLZ	Ort
Telefonnummer (freiwillige Angabe)	

Unterschrift des Versicherten oder des gesetzlichen Vertreters

---

## Angaben des Leistungserbringens nach § 132I Abs. 5 SGB V (Nicht auszufüllen bei Vorabinformation aus Krankenhaus)

Die außerklinische Intensivpflege wird täglich in der Zeit

vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ im Umfang von \_\_\_\_\_ Stunden erbracht.

Die außerklinische Intensivpflege wird durchgeführt von einem zugelassenen Leistungserbringer (§ 132I Abs. 5 SGB V)

Name	
Straße, Haus-Nr	
PLZ	Ort
Institutionskennzeichen	
Ansprechpartner (Name)	
Telefonnummer	Fax-Nr.
E-Mail-Adresse	

Datum

---

Stempel / Unterschrift des Leistungserbringens