

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

Antrag des Versicherten auf Genehmigung häuslicher Krankenpflege

Ich beantrage häusliche Krankenpflege für die Zeit vom _____ bis _____

in meinem Haushalt

- im Haushalt einer sonstigen Person
- in einer Schule, Kindergarten
- in einer betreuten Wohnform

- in einer Werkstatt für behinderte Menschen
- in einer Wohngemeinschaft
- in einer sonstigen Einrichtung

Name _____

Straße, Haus-Nr. _____

PLZ _____ Ort _____

Folgende verordnete Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege können durch eine im Haushalt lebende Person erbracht werden

Die verordneten Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege können durch eine im Haushalt lebende Person **nicht** erbracht werden

Bitte senden Sie mir Informationen über zugelassene Pflegedienste

Datum _____

Unterschrift des Versicherten oder des gesetzlichen Vertreters

Angaben des Pflegedienstes (soweit vom Versicherten ein Pflegedienst schon beauftragt worden ist)

Folgende Leistungen sollen erbracht werden für die Zeit vom _____ bis _____

Leistung

| | Häufigkeit | | Dauer | | |
|--|------------|------|-------|-----|-----|
| | tgl. | wtl. | mtl. | vom | bis |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

Die Pflege wird durchgeführt von einem zugelassenen Pflegedienst (*Vertragspartner gem. § 132a Abs. 4 SGB V*)

Name des Pflegedienstes

Straße, Haus-Nr. _____

PLZ _____ Ort _____

Institutionskennzeichen Pflegedienst _____ Beschäftigtennummer der Pflegefachkraft _____

Ansprechpartner in dem Pflegedienst (Name) _____

Telefonnummer des Pflegedienstes _____ Fax-Nr. des Pflegedienstes _____

E-Mail-Adresse des Pflegedienstes _____

Datum _____

Stempel / Unterschrift des Pflegedienstes