

**Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung  
- Teilstationäre Pflege (Tages- und Nachtpflege) -**

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Krankenversichertennummer

\_\_\_\_\_  
Telefon

\_\_\_\_\_  
Straße

\_\_\_\_\_  
Wohnort

\_\_\_\_\_  
Pflegebedürftige(r)

Ich beantrage die Übernahme der Kosten für eine teilstationäre Pflege (Tages- oder Nachtpflege)

weil die häusliche Pflege nicht in ausreichendem Umfang sichergestellt werden kann

**oder**

weil dies zur Ergänzung oder Stärkung der häuslichen Pflege erforderlich ist

**Die teilstationäre Pflege wird durchgeführt in folgender Einrichtung durchgeführt:**

Name der Einrichtung \_\_\_\_\_

Anschrift der Einrichtung \_\_\_\_\_

**Die teilstationäre Pflege erfolgt seit/ab:** \_\_\_\_\_

Ich möchte Preisvergleichslisten von Einrichtungen an meinem Ort haben.  Ja  Nein

Ich bin damit einverstanden, dass mein o. g. behandelnder Arzt vorhandene ärztliche Berichte, Gutachten und Befunddokumentationen dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) zur Verfügung stellt, soweit sie für die Begutachtung der Pflegebedürftigkeit erforderlich sind.

Falls Sie damit nicht einverstanden sind, streichen Sie diesen Abschnitt bitte durch. Sofern Sie die Einwilligung verweigern, kann dies zu Nachteilen bei der Leistungserbringung führen (§ 66 Sozialgesetzbuch I).

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift des Versicherten

**Datenschutzhinweis:** Diese Daten werden nach § 60 Sozialgesetzbuch I i. V. mit § 94 SGB XI erhoben. Die Übermittlung Ihrer Sozialdaten an Sozialhilfeträger (vgl. §§ 12, 28 SGB I) ist zulässig, sofern Sie dem nicht widersprechen und diese Stellen die Angaben für die Erfüllung ihrer gesetzlichen Aufgaben benötigen (§ 69 SGB X i. V. mit § 76 SGB X).