

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

Antrag des Versicherten auf Genehmigung häuslicher Krankenpflege

Ich beantrage häusliche Krankenpflege 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 Schule, Kindergarten	<input type="checkbox"/> in einer Wohngemeinschaft
	<input type="checkbox"/> in einer betreuten Wohnform	<input type="checkbox"/> 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