

| | | |
|--------------------------------|---------------------|------------------|
| 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 <small>(freiwillige Angabe)</small> | |

Unterschrift des Versicherten
oder des gesetzlichen Vertreters

Angaben des Leistungserbringers nach § 132l 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 (§ 132l Abs. 5 SGB V)

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

Datum

Stempel / Unterschrift des Leistungserbringers