

**KNAPPSCHAFT**  
**Fachzentrum**  
**Pflege 45095 Essen**

Ihre Kranken- und Pflegeversichertennummer:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Bei Rückfragen/  
Schriftwechsel bitte  
unbedingt angeben!

Name, Vorname, Geburtsdatum der / des Versicherten

--

**Pflegeversicherung**  
**Antrag auf Kurzzeitpflege nach § 42 SGB XI**

Hiermit beantrage ich die Inanspruchnahme der Kurzzeitpflege.

**Bitte immer ausfüllen!**

Von wann bis wann wurde die Kurzzeitpflege durchgeführt?	vom <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> bis <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>																				

In welcher Pflegeeinrichtung waren Sie untergebracht?	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>																									
	Name der Einrichtung																									
	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>																									
	Straße																									
	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>																									
	PLZ																									
	Ort																									
	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>																									
	Hausnummer																									
	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>																									

Die Unterbringung in der Kurzzeitpflege erfolgte

- für eine Übergangszeit nach stationärer Behandlung
- wegen Urlaub
- wegen Krankheit oder Wegfall der Pflegeperson
- wegen Verschlechterung des Gesundheitszustandes
- wegen schlechter häuslicher Bedingungen (z.B. keine Barrierefreiheit)
- wegen sonstiger Krisensituation



YRCMO38004 15715

### Hinweise zum Erstattungsverfahren:

In der Regel wird die Kurzzeitpflegeeinrichtung die erstattungsfähigen Aufwendungen **direkt** mit uns abrechnen. Die darüber hinausgehenden Kosten wird man Ihnen von dort aus in Rechnung stellen. Sofern Sie die **komplette** Rechnung bereits bezahlt haben oder dies beabsichtigen, fügen Sie die Gesamtrechnung diesem Antrag bitte im Original bei.

Wird der Leistungsrahmen der Kurzzeitpflege ausgeschöpft, erstatten wir die Kosten für den weiteren Aufenthalt in der Kurzzeitpflegeeinrichtung auf Grundlage der Verhinderungspflege nach § 39 SGB XI, sofern die Anspruchsvoraussetzungen erfüllt sind.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der/des Versicherten bzw. Bevollmächtigten

