

Kranken-/Pflegeversichertennummer:

Name, Vorname der / des Versicherten:

KNAPPSCHAFT  
 Fachzentrum Pflege  
 45095 Essen

**Pflegeversicherung  
 Antrag auf Leistungen der Kurzzeitpflege nach § 42 Sozialgesetzbuch - Elftes Buch - (SGB XI)**

Hiermit beantrage ich die Inanspruchnahme der Kurzzeitpflege nach § 42 SGB XI.

Bitte immer ausfüllen!	
Von wann bis wann wurde die Kurzzeitpflege durchgeführt?	vom _____ bis _____
In welcher Pflegeeinrichtung waren Sie untergebracht?	_____ _____ _____
<p>Die Unterbringung in der Kurzzeitpflege erfolgte</p> <p><input type="checkbox"/> für eine Übergangszeit im Anschluss an eine stationäre Behandlung</p> <p><input type="checkbox"/> für Zeiten</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> der Krankheit</li> <li><input type="checkbox"/> des Urlaubs</li> <li><input type="checkbox"/> einer medizinischen Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahme</li> <li><input type="checkbox"/> einer sonstigen Verhinderung</li> </ul> <p>meiner Pflegeperson _____  <small>(Name, Vorname)</small></p> <p><input type="checkbox"/> in einer Krisensituation</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> aufgrund einer kurzfristig erheblich verschlimmerten Pflegedürftigkeit</li> <li><input type="checkbox"/> aufgrund des dauerhaften Ausfalls meiner Pflegeperson _____  <small>(Name, Vorname)</small></li> </ul> <p><input type="checkbox"/> aufgrund (Bitte geben Sie den Grund an): _____          _____</p>	

**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