

Name, Vorname der / des Versicherten:

Geburtsdatum:

Kranken-/Pflegeversichertennummer:

KNAPPSCHAFT
 Fachzentrum Pflege
 45095 Essen

**Krankenversicherung
 Antrag auf Leistungen der Kurzzeitpflege im Rahmen des § 39c Sozialgesetzbuch - Fünftes
 Buch - (SGB V)**

Teil A - vom Antragsteller auszufüllen

Hiermit beantrage ich die Inanspruchnahme der Kurzzeitpflege nach § 39c SGB V, weil Leistungen der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung (häusliche Krankenpflege nach § 37 Absatz 1a SGB V) nicht oder noch nicht im erforderlichen Umfang in der Häuslichkeit erbracht werden können/konnten.

| Bitte immer ausfüllen! | |
|--|---|
| Von wann bis wann wird/wurde die Kurzzeitpflege durchgeführt? | vom _____ bis _____ |
| In welcher Pflegeeinrichtung sind/waren Sie untergebracht? | _____ _____ _____ |
| Wurde bei Ihnen Pflegebedürftigkeit nach dem SGB XI festgestellt? | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Haben Sie einen Antrag auf Feststellung von Pflegebedürftigkeit gestellt? | <input type="checkbox"/> Ja, und zwar am _____ <input type="checkbox"/> Nein |
| Leben in Ihrem Haushalt weitere Personen, die Ihre Versorgung übernehmen können? | <input type="checkbox"/> Ja, und zwar _____ <input type="checkbox"/> Nein |

18001

YRCMO93005

Die Unterbringung in der Kurzzeitpflege erfolgt(e) aufgrund einer schweren Krankheit bzw. akuter Verschlimmerung einer Krankheit

- | | | | | |
|---|--------------------------|----|--------------------------|------|
| - nach einem Krankenhausaufenthalt | <input type="checkbox"/> | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein |
| - nach einer ambulanten Operation | <input type="checkbox"/> | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein |
| - nach einer ambulanten Krankenhausbehandlung | <input type="checkbox"/> | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein |
| - aus sonstigen Gründen _____ | | | | |

Hinweis 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.

- Rechnung liegt im Original bei.

Ort, Datum

Unterschrift der/des Versicherten bzw. Bevollmächtigten

Teil B - vom behandelnden Arzt auszufüllen

Ihre oben genannte Patientin/ Ihr oben genannter Patient hat die Gewährung einer Kurzzeitpflege nach § 39c SGB V beantragt. Hierfür sind wir auf Ihre Mithilfe angewiesen.

Wir bitten Sie, für die Prüfung des Antrages folgende Fragen zu beantworten

1. An welcher Erkrankung leidet die/der Versicherte? _____
2. Ist aufgrund der Schwere der Erkrankung oder wegen akuter Verschlimmerung der Krankheit, insbesondere nach einem Krankenhausaufenthalt, nach einer ambulanten Operation oder nach einer ambulanten Krankenhausbehandlung, ein Kurzzeitpflegeaufenthalt erforderlich? Ja Nein

Vielen Dank für Ihre Unterstützung!

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift der Ärztin/des Arztes

- Für die Angaben des Arztes ist die Nr. 01620 EBM berechnungsfähig -