



Aktenzeichen: \_\_\_\_\_

**Antrag auf Leistungen der Kurzzeitpflege (§ 39c SGB V)**

**A Angaben zum Versicherten**

Name, Vorname (ggf. auch Geburtsname)	Geburtsdatum
Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort	Telefon Vorwahl/Rufnummer

**Familienstand**

ledig Falls nicht ledig, seit \_\_\_\_\_  verheiratet  getrennt lebend  geschieden  
 Tag, Monat, Jahr  verwitwet  in eingetragener Partnerschaft lebend

**B Folgende Personen leben in meinem Haushalt**

1.	1. Name, Vorname	Verwandtschaftsverhältnis
2.	2. Name, Vorname	Verwandtschaftsverhältnis
2.	Können die genannten Personen Ihre pflegerische/hauswirtschaftliche Versorgung sicherstellen?	
<input type="checkbox"/> ja		
<input type="checkbox"/> nein, weil _____		

**C Angaben zur Kurzzeitpflege**

1.	Zeitraum der Kurzzeitpflege	vom _____ Tag, Monat, Jahr	bis _____ Tag, Monat, Jahr
2.	Grund der Kurzzeitpflege (bitte unbedingt angeben)	Schwere Erkrankung/akute Verschlimmerung einer Krankheit aufgrund	
	<input type="checkbox"/> stationärer Krankenhausbehandlung	vom _____ Tag, Monat, Jahr	bis _____ Tag, Monat, Jahr
	<input type="checkbox"/> ambulant durchgeföhrter Operation	am _____ Tag, Monat, Jahr	
	<input type="checkbox"/> ambulanter Krankenhausbehandlung	am _____ Tag, Monat, Jahr	
3.	Kurzzeitpflegeeinrichtung	Bezeichnung der Einrichtung bzw. des Pflegeheims _____ Institutionskennzeichen, falls bekannt _____	
	Anschrift der Einrichtung _____	Telefon _____	

**D Weitere Angaben**

Haben Sie einen Antrag auf Leistungen bei der Pflegekasse gestellt?

nein  ja, Antrag wurde gestellt am \_\_\_\_\_  
Tag, Monat, Jahr

**Wichtiger Hinweis: Die Notwendigkeit der Leistung der Kurzzeitpflege ist vom behandelnden Arzt zu bescheinigen. Aus der Bescheinigung muss das medizinische Erfordernis des Kurzzeitpflegeaufenthalts, die Angabe weshalb Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 Abs. 1a SGB V nicht ausreichen und die voraussichtliche Dauer des Kurzzeitpflegeaufenthaltes hervorgehen. Diese Bescheinigung ist dem Antrag auf Leistungen der Kurzzeitpflege beizufügen.**

**E Erklärung und Unterschrift**

Ich bestätige die Richtigkeit meiner Angaben. Wesentliche Änderungen werde ich umgehend mitteilen. Ich bin mir bewusst, dass Fehlleistungen, die durch das Unterlassen einer Änderungsanzeige verursacht worden sind, zurückgefordert werden können.

Datum, Unterschrift des Versicherten \_\_\_\_\_

oder des gesetzlichen Vertreters / Bevollmächtigten / Betreuers \_\_\_\_\_

Um Sie beraten und betreuen zu können, sind wir darauf angewiesen, Daten zu erheben und zu verarbeiten. Dabei beachten wir die für uns geltenden Datenschutzbestimmungen. Umfassende Informationen zum Datenschutz stellen wir Ihnen auf unserer Homepage [www.svlfg.de](http://www.svlfg.de) unter der Rubrik Datenschutz bereit. Gern informieren wir Sie auch persönlich.