



Aktenzeichen:

**Bescheinigung über Pflegebedürftigkeit für Pflegeunterstützungsgeld**

**A. Angaben zum Antragsteller**

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

**B. Angaben zur pflegebedürftigen Person**

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

Hiermit wird ärztlich/pflegerisch bestätigt, dass die unter B. genannte Person

- voraussichtlich die Voraussetzungen der Pflegebedürftigkeit für mindestens 6 Monate gem. § 14 und 15 SGB XI erfüllt  
 bereits in eine Pflegestufe eingestuft ist

und

vom \_\_\_\_\_ bis voraussichtlich zum \_\_\_\_\_  
Tag, Monat, Jahr Tag, Monat, Jahr

eine akute Pflegesituation aufgetreten ist, die eine (Neu-) Organisation der bedarfsgerechten Pflege bzw. pflegerischen Versorgung erforderlich macht.

**C. Unterschrift**

Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift und Stempel des Arztes/Pflegefachperson

**D. Hinweise für den behandelnden Arzt**

**Ausstellung einer Bescheinigung für die Zahlung von Pflegeunterstützungsgeld durch die Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG).**

Versicherte erhalten bei Vorliegen bestimmter Voraussetzungen Pflegeunterstützungsgeld. Da die Partner des Bundesmantelvertrags – Ärzte speziell für die Bescheinigung von Pflegebedürftigkeit bzw. den Eintritt einer akuten Pflegesituation keinen besonderen Vordruck vereinbart haben, bitten wir, für unsere Versicherten die obige Bescheinigung auszufüllen, wobei es dem behandelnden Arzt überlassen bleibt, ob die Bescheinigung dem Antragsteller offen oder in einem geschlossenen Umschlag übergeben oder aber direkt an die SVLFG gesendet wird.