



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
<p>Hiermit wird ärztlich/pflegerisch bestätigt, dass die unter B. genannte Person</p> <p><input type="checkbox"/> voraussichtlich die Voraussetzungen der Pflegebedürftigkeit für mindestens 6 Monate gem. § 14 und 15 SGB XI erfüllt</p> <p><input type="checkbox"/> bereits in eine Pflegestufe eingestuft ist</p> <p>und</p> <p>vom _____ bis voraussichtlich zum _____</p> <p>Tag, Monat, Jahr Tag, Monat, Jahr</p> <p>eine akute Pflegesituation aufgetreten ist, die eine (Neu-) Organisation der bedarfsgerechten Pflege bzw. pflegerischen Versorgung erforderlich macht.</p>	
C. Unterschrift	
<p>_____</p> <p>Datum Unterschrift und Stempel des Arztes/Pflegefachperson</p>	
D. Hinweise für den behandelnden Arzt	
<p>Ausstellung einer Bescheinigung für die Zahlung von Pflegeunterstützungsgeld durch die Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG).</p> <p>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.</p>	