

## Antrag auf Leistungen der teilstationären Pflege (Tages- oder Nachtpflege)

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname des Versicherten

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer

\_\_\_\_\_  
Versichertennummer

\_\_\_\_\_  
Postleitzahl/Wohnort

\_\_\_\_\_  
Telefon

### Ich beantrage die Übernahme der Kosten für eine teilstationäre Pflege (Tages- oder Nachtpflege)

weil die häusliche Pflege nicht in ausreichendem Umfang sichergestellt werden kann

**oder**

weil dies zur Ergänzung oder Stärkung der häuslichen Pflege erforderlich ist

Die teilstationäre Pflege wird durchgeführt in:

\_\_\_\_\_  
Name der Einrichtung

\_\_\_\_\_  
Anschrift Einrichtung

Die teilstationäre Pflege erfolgt seit/ab:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Datum und Unterschrift des Versicherten, des Betreuers oder gesetzlichen Vertreters**

#### **Datenschutzhinweis:**

Damit wir Ihren Antrag auf Tages- und Nachtpflege gem. § 41 SGB XI bearbeiten können, ist Ihr Mitwirken nach §§ 7, 28 SGB XI, § 60 SGB I erforderlich. Rechtsgrundlage für die Datenerhebung ist § 94 SGB XI. Fehlt Ihre Mitwirkung oder wird dieser Antrag nicht innerhalb eines Monats nach Zugang gestellt, kann sich dieses negativ auf Ihren Leistungsanspruch auswirken (vgl. §§ 60 Abs. 1 und 66 Abs. 1 SGB I). Die Angabe der Telefonnummer ist freiwillig.