

### Urschriftlich zurück

KNAPPSCHAFT  
Fachzentrum Pflege  
//  
45095 Essen

**Ihre Kranken- und Pflegeversichertennummer:**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Bei Rückfragen/  
Schriftwechsel bitte  
unbedingt angeben!

Name, Vorname, Geburtsdatum der / des Versicherten

### Pflegeversicherung Antrag auf Kurzzeitpflege nach § 42 SGB XI

Hiermit beantrage ich die Inanspruchnahme der Kurzzeitpflege.

<b>Bitte immer ausfüllen!</b>	
Von wann bis wann wurde die Kurzzeitpflege durchgeführt?	vom <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> bis <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
In welcher Pflegeeinrichtung waren Sie untergebracht?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Name der Einrichtung <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Straße <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> PLZ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Ort <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Hausnummer <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Die Unterbringung in der Kurzzeitpflege erfolgte	
<input type="checkbox"/> für eine Übergangszeit nach stationärer Behandlung	
<input type="checkbox"/> wegen Urlaub	
<input type="checkbox"/> wegen Krankheit oder Wegfall der Pflegeperson	
<input type="checkbox"/> wegen Verschlechterung des Gesundheitszustandes	
<input type="checkbox"/> wegen schlechter häuslicher Bedingungen (z.B. keine Barrierefreiheit)	
<input type="checkbox"/> wegen sonstiger Krisensituation	



┌

7

**Hinweise 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.

Wird der Leistungsrahmen der Kurzzeitpflege ausgeschöpft, erstatten wir die Kosten für den weiteren Aufenthalt in der Kurzzeitpflegeeinrichtung auf Grundlage der Verhinderungspflege nach § 39 SGB XI, sofern die Anspruchsvoraussetzungen erfüllt sind.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der/des Versicherten bzw. Bevollmächtigten

