

# Antrag auf Leistungen der Kurzzeitpflege

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

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer

\_\_\_\_\_  
Versichertennummer

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

\_\_\_\_\_  
Telefon

## Die Kurzzeitpflege ist erforderlich:

- für eine Übergangszeit im Anschluss **an eine stationäre Behandlung** des Pflegebedürftigen
- wegen kurzfristiger erheblicher Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit

## Die Kurzzeitpflege wird durchgeführt von:

**Diedrich – Kurzzeitpflegestation: Hintere Kammstraße 4  
06124 Halle / Saale  
0345 / 8065231**

**Büro: Blücherstr. 40  
06120 Halle / Saale  
0345 / 8072141**

## Die Kurzzeitpflege wird in folgendem Zeitraum durchgeführt:

\_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Die häusliche Pflege kann in dieser Zeit nicht anderweitig, beispielsweise im Rahmen der teilstationären Pflege in einer Einrichtung der Tages-/Nachtpflege sichergestellt werden.

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