

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