

Bitte zurück an:

BKK Faber-Castell & Partner
Formularservice
Bahnhofstraße 45
94209 Regen

Telefon
09921 9602-0
Telefax
09921 9602-19
E-Mail
regen@bkk-faber-castell.de

Den **Antrag auf Pflegeleistungen bei teilstationärer Pflege**
finden Nutzer unseres Download-Centers auf den Folgeseiten.

Bitte gehen Sie wie folgt vor:

1. Füllen Sie den Antrag an Ihrem PC aus.
2. Drucken Sie das Formular.
3. Unterschreiben Sie den gewünschten Antrag.
4. Senden Sie den Antrag an die oben angegebene Adresse.

Ihre BKK Faber-Castell & Partner

Antrag auf Tagespflege und Nachtpflege (teilstationäre Pflege)

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Name	Vorname	Versichertennummer	Geburtsdatum
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Straße	PLZ	Ort	Telefon

Ich beantrage ab teilstationäre Pflege (§ 41 SGB XI) in folgender Einrichtung:

Name der Einrichtung weil häusliche Pflege nicht in ausreichendem Umfang sichergestellt werden kann.

Grund:

- Kurzfristige Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit.
 Kurze Begründung:
- Ermöglichung einer (Teil-)Erwerbstätigkeit für die Pflegeperson.
- Beabsichtigte teilweise Entlastung der Pflegeperson.
- Ständige Beaufsichtigung des / der Pflegebedürftigen ist nur für Stunden am Tag notwendig.
- Sonstiges

Tagespflege an folgenden Wochentagen:

Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag	insgesamt
<input type="text"/> Std.							

Nachtpflege an folgenden Wochentagen:

Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag	insgesamt
<input type="text"/> Std.							

Angaben zur Pflegeperson: der verbleibende Pflegeaufwand durch die private Pflegeperson

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Name	Vorname	Anschrift der Pflegeperson

beträgt ab Beginn der teilstationären Pflege

Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag	insgesamt
<input type="text"/> Std.							

Neben der teilstationären Pflege beantrage ich häusliche Pflege (§ 36 SGB XI) durch

Name der Vertragspflegeeinrichtung/-Pflegeperson

Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung sind erforderlich am:

Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag	insgesamt
<input type="text"/> Std.							

Der behandelnde Arzt ist

Name des Hausarztes (Facharztes)

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Unterschrift des Arztes	Bei diesem Antrag hat mitgewirkt:

Name, Vorname, Anschrift, Tel.-Nr., Stellung zum Pflegebedürftigen (z. B. Bevollmächtigter)

Datum, Unterschrift des Versicherten