



Deutsche Post 

ANTWORT

Techniker Krankenkasse
20902 Hamburg

Antrag auf Kurzzeitpflege

Bitte Zutreffendes ankreuzen bzw. ausfüllen.

Angaben zur Pflegebedürftigen/zum Pflegebedürftigen

Vorname, Nachname _____
Straße, Nr. _____
PLZ _____ Ort _____
Geburtsdatum (TT MM JJJJ) _____ Versichertennummer _____

Angaben zum Grund

Die häusliche Pflege kann durch eine ambulante oder teilstationäre Pflege nicht ausreichend sichergestellt werden.

Bei vorhandener Pflegeperson

Die Pflegeperson fällt aus wegen Urlaubs. sonstiger Gründe.

Fallen mehrere Pflegepersonen aus, dann teilen Sie uns bitte den Namen und den Grund des Ausfalls auf der Rückseite mit.

Angaben zum Zeitraum

Ich beantrage Kurzzeitpflege für den folgenden Zeitraum:

vom _____ bis zum _____
Tag Monat Jahr Tag Monat Jahr
vom _____ bis zum _____
Tag Monat Jahr Tag Monat Jahr

Angaben zur Einrichtung

Bitte teilen Sie uns mit, in welcher Einrichtung die Kurzzeitpflege erfolgen soll.

Name der Einrichtung _____
Straße, Nr. _____
PLZ _____ Ort _____

Reicht der Anspruch auf Kurzzeitpflege nicht aus, soll der Anspruch auf Ersatzpflege in Kurzzeitpflege umgewandelt werden.

Vorname, Nachname

Geburtsdatum (TT MM JJJJ)

Versichertennummer

Angaben für Rückfragen

Telefon

freiwillige Angabe

E-Mail

freiwillige Angabe

Datum, Unterschrift (ggf. gesetzliche Vertretung)

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass Ihre Angaben richtig sind. Bitte teilen Sie uns Änderungen so schnell wie möglich mit.

Die persönlichen Daten (Sozialdaten) brauchen wir, um unsere Aufgaben richtig zu erledigen. Die Rechtsgrundlage hierfür ist § 94 SGB XI.