

Nachname, Vorname: _____
Straße, Nr.: _____
PLZ, Ort: _____
Versichertennummer: _____ Geburtsdatum: _____



Techniker Krankenkasse
20902 Hamburg

Antrag auf Kurzzeitpflege

Bitte Zutreffendes ankreuzen bzw. ausfüllen und Unterschrift nicht vergessen.

Angaben zu Abwesenheiten

Ich brauche für eine kurze Zeit stationäre Pflege. Ambulant zu Hause oder teilstationär kann ich in dieser Zeit **nicht** ausreichend versorgt werden.

Meine Pflegeperson fällt aus wegen ☐ Urlaub. ☐ anderer Gründe.

Mehr zur Kurzzeitpflege in einer Pflege-Einrichtung finden Sie unter **tk.de** mit der Suchnummer **2009886**.

Fallen mehrere Pflegepersonen aus? Dann schreiben Sie bitte die Namen und Gründe auf die Rückseite.

Angaben zum Zeitraum

Ich brauche Kurzzeitpflege voraussichtlich für den Zeitraum

vom

Tag	Monat	Jahr							

 bis zum

Tag	Monat	Jahr							

vom

Tag	Monat	Jahr							

 bis zum

Tag	Monat	Jahr							

vom

Tag	Monat	Jahr							

 bis zum

Tag	Monat	Jahr							

Bei Beginn vor dem 1. Juli 2025

☐ Wenn mein Budget für die Kurzzeitpflege **nicht** ausreicht, dürfen Sie dafür mein Budget für Ersatzpflege verwenden.

Diese Angabe brauchen wir nur, wenn die Kurzzeitpflege **vor dem 1. Juli 2025** beginnt bzw. begonnen hat. Mehr dazu finden Sie unter **tk.de**, Suchnummer **2009886**.

Angaben zur Pflege-Einrichtung

Bitte teilen Sie uns mit, wo die Kurzzeitpflege stattfinden soll.

Name der Pflege-Einrichtung

Straße, Nr.

PLZ Ort

☐ Ich habe noch keine Pflege-Einrichtung für die Kurzzeitpflege. Ich möchte, dass Sie mir eine vorschlagen.

502456238054



Angaben für Rückfragen

Telefon

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.

502456238054

