

┌

┐

Sozialdienst  
Frau

Ansprechpartnerin

Datum

└

┘

### Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung nach Krankenhausentlassung

Name:.....

Geb.-Datum:..... Tel.:.....

Anschrift:.....

Versicherungsnummer:.....

KH-Aufnahme am:	KH-Entlassung am:
-----------------	-------------------

<input type="checkbox"/> Pflegeorganisation <input type="checkbox"/> Kurzzeitpflege <input type="checkbox"/> Pflegegeld <input type="checkbox"/> Kombinationsleistung	..... ..... ..... .....
--	----------------------------------

Bemerkung:

.....

.....

.....

Dieser Antrag wurde der  Pflegekasse/  dem MDK zugefaxt am:

2.5NBT\2.5.01\_02\_10\_AntragPflegeV.doc

Stempel

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Sozialdienst