

Rückgabetermin : \_\_\_\_\_

## **Nachweis über die Notwendigkeit einer vollstationären Pflege**

Versicherungsnummer :

Name: \_\_\_\_\_, geb. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ wird seit \_\_\_\_\_ ununterbrochen in einer vollstationären Pflegeeinrichtung gepflegt.

- Ja
- Nein (wenn nein, dann bitte den Grund (z.B. Krankenhausbehandlung) und die Dauer der Unterbrechung angeben)

Unterbrechung:

von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Grund: \_\_\_\_\_

Unterbrechung:

von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Grund: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ort / Datum

\_\_\_\_\_  
Stempel und Unterschrift  
Pflegekasse

Rückgabetermin : \_\_\_\_\_

## Nachweis über die Notwendigkeit einer ambulanten Pflege

Versicherungsnummer :

Name: \_\_\_\_\_ , geb. \_\_\_\_\_

- Pflegestufe I
- Pflegestufe II
- Pflegestufe III

- Pflegegeld
- Pflegesachleistung
- Kombinationsleistung

Änderung ab \_\_\_\_\_ Leistungsart \_\_\_\_\_

wird seit \_\_\_\_\_ ununterbrochen im häuslichen Bereich gepflegt.

- Ja
- Nein (wenn nein, dann bitte den Grund (z.B. Krankenhausbehandlung und die Dauer der Unterbrechung angeben)

Unterbrechung:

von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Grund: \_\_\_\_\_

Unterbrechung:

von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Grund: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ort / Datum

\_\_\_\_\_  
Stempel und Unterschrift  
Pflegekasse