



***Ihr MEDI-HOME-Hinweis: Bitte ergänzen Sie Ihre persönlichen Angaben. Sie fehlen dort, wo die Schrift kursiv geschrieben ist. Sie können sich diese Datei als \*.txt unter „Download“ herunterladen.***

*Ihr Vorname und Name  
Ihre Straße und Hausnummer  
Postleitzahl und Stadt*

*Stadt, den ...*

An die  
Pflegekasse  
*Name Ihrer Pflegekasse  
Straße und Hausnummer Ihrer Pflegekasse  
Postleitzahl und Stadt*

## **Antrag auf zusätzliche Betreuungsleistungen beziehungsweise erweiterte Betreuungsleistungen bei eingeschränkter Alltagskompetenz gemäß § 45b SGB XI**

Versicherter: *Ihr Vorname und Name*  
Versichertennummer: *Ihre Versichertennummer*

Sehr geehrte Damen und Herren,

da bei mir eine Einschränkung der Alltagskompetenz mit erheblichem allgemeinen Beaufsichtigungs- und Betreuungsaufwand vorliegt, die voraussichtlich länger als 6 Monate bestehen wird, beantrage ich hiermit formlos eine Leistung der Pflegeversicherung.

Es handelt sich dabei um:

Zusätzliche Betreuungsleistungen bzw. erweiterte Betreuungsleistungen bei eingeschränkter Alltagskompetenz.

Bitte lassen Sie mir eine Eingangsbestätigung meines Antrages zukommen. Vielen Dank für Ihre Bemühungen im Voraus!

Mit freundlichen Grüßen

*Ihre Unterschrift*