

Ihr MEDI-HOME-Hinweis: Bitte ergänzen Sie Ihre persönlichen Angaben. Sie fehlen dort, wo die Schrift kursiv geschrieben ist.

*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