

## Antrag auf Kurzzeitpflege bei fehlender Pflegebedürftigkeit nach § 39c SGB V

(bitte ankreuzen und ausfüllen)

Name und Vorname des Versicherten

Versicherungsnummer

--

Zeitraum der Kurzzeitpflege: \_\_\_\_\_

Name und Anschrift der Kurzzeitpflegeeinrichtung:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Bestehen Ansprüche auf Pflegeleistungen der Pflegeversicherung  
oder vom Sozialhilfeträger?

Ja  
 Nein

Die vorstehenden Angaben sind vollständig und entsprechen der Wahrheit.

\_\_\_\_\_  
(Datum)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift des Versicherten oder gesetzlichen Vertreters)

### Datenschutzhinweis:

Die Erhebung Ihrer persönlichen Daten (Sozialdaten) ist zur rechtmäßigen Erfüllung unserer Aufgaben erforderlich (§ 284 SGB V, § 94 SGB XI). Zur Mitteilung der erfragten Daten sind Sie nach § 206 SGB V verpflichtet. Freiwillige Angaben sind entsprechend gekennzeichnet. Wir versichern Ihnen, dass Ihre persönlichen Daten ausschließlich zur Erfüllung unserer Aufgaben verwendet werden. Ausführliche Hinweise und Informationen zum Datenschutz bei der Salus BKK finden Sie unter [www.salus-bkk.de/datenschutz](http://www.salus-bkk.de/datenschutz)

## Antrag auf Kurzzeitpflege bei fehlender Pflegebedürftigkeit nach § 39c SGB V

(bitte ankreuzen und ausfüllen)

Name und Vorname des Versicherten

Versicherungsnummer

--

### Ärztliche Bescheinigung über die Notwendigkeit einer Kurzzeitpflege nach § 39c SGB V

Bitte durch die/den behandelnde/n Ärztin/Arzt ausfüllen lassen:

Die Kurzzeitpflege ist notwendig wegen

- schwerer Krankheit  
 akuter Verschlimmerung einer Krankheit  
 einer chronischen Erkrankung

Diagnose/n und relevante Begleiterkrankungen:

---

---

Folgender Pflege- bzw. Unterstützungsbedarf liegt aus Anlass der akuten Situation bei der Patientin/dem Patienten vor:

Körperpflege: \_\_\_\_\_

Mobilität: \_\_\_\_\_

Ernährung: \_\_\_\_\_

Haushalt: \_\_\_\_\_

Die Leistungen der häuslichen Krankenpflege reichen nicht aus,  
da ein ganztägiger Unterstützungs- und Versorgungsbedarf besteht?

- Ja  
 Nein

\_\_\_\_\_  
(Datum)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift und Stempel der/des behandelnden Ärztin/Arztes)