INTER Krankenversicherung AG
Direktion * Kranken Leistung – Pflege
Postfach 10 16 62 · 68016 Mannheim

inter VERSICHERUNGSGRUPPE

Vertragsnummer: K

Antrag auf Kurzzeitpflege

Antragsteller

Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

Ich beantrage Leistungen der Kurzzeitpflege

☐ im Anschluss an den Krankenhausaufenthalt.

☐ da vorübergehend meine häusliche Pflege nicht möglich ist.

☐ da meine Pflegeperson _____

meine Pflege vom _____ bis _____

wegen ☐ Urlaub

☐ Krankheit

☐ Entlastung

☐ sonstige Gründe _____

nicht durchführen kann.

Die Pflege wird für diese Zeit in folgender Einrichtung sichergestellt:

Name: _____

Anschrift: _____

Unterschrift

Ich bin damit einverstanden, dass nach Ausschöpfung des Anspruchs auf Leistungen der Kurzzeitpflege, die Kosten des weiteren Aufenthaltes im Rahmen der Leistungen der Verhinderungspflege und der vollstationären Pflege übernommen werden, sofern hierfür ein Anspruch besteht.

_____ _____

Ort und Datum Unterschrift des Versicherten

Bitte per FAX zurück an: 0621 - 427-8983

an kv kurzzeitpflege 2012 ty 12323 ID252