

Zurück an:

novitas bkk  
47050 Duisburg

Telefon: 0800 432 1600  
E-Mail: info@novitas-bkk.de

## Antrag auf Leistungen der Kurzzeitpflege nach § 39c SGB V bei fehlendem Pflegegrad

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Anschrift

\_\_\_\_\_  
Krankenversicherungsnummer

### Persönliche Angaben

Hiermit beantrage ich Kurzzeitpflege für den Zeitraum vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Sie soll in folgender Einrichtung erfolgen: \_\_\_\_\_

Bestehen Ansprüche auf Pflegeleistungen gegenüber der  
Pflegeversicherung oder dem Sozialhilfeträger?

Ja

Nein

Haben Sie einen Pflegegrad nach SGB XI beantragt?

Ja, am \_\_\_\_\_

Nein

Eine im Haushalt lebende Person kann mich im  
erforderlichen Umfang pflegen und versorgen.

Ja

Nein

Unter folgender Telefonnummer bin ich tagsüber erreichbar: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Ort

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der/des Versicherten/Bevollmächtigten  
(hier ggf. Kopie der Betreuungsurkunde beifügen)

Datenschutzhinweis: Die Angaben werden für die Bearbeitung Ihres Anliegens benötigt. Die Angaben werden nach § 284 Abs. 1 Nr. 4 SGB V i.V.m. § 39 c SGB V erhoben, gespeichert und genutzt. Die Angabe der Telefonnummer ist freiwillig. Weitere Informationen zur Datenverarbeitung nach Artikel 13 DSGVO erhalten Sie unter [www.novitasbkk.de/datenschutz](http://www.novitasbkk.de/datenschutz).

## Ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung einer Kurzzeitpflege nach §39c SGB V für

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Krankenversicherungsnummer

Die Unterbringung in der Kurzzeitpflege erfolgt aufgrund einer schweren Krankheit bzw. akuten Verschlimmerung einer Krankheit.

nach einem Krankenhausaufenthalt vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

nach einer ambulanten Krankenhausbehandlung am \_\_\_\_\_

nach einer ambulanten Operation am \_\_\_\_\_

Diagnosen und relevante Begleiterkrankung/en:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Aus dem vorbenannten Ereignis resultiert ein neuer, **vorübergehender** Hilfebedarf. Selbst mit Versorgung durch häusliche Krankenpflege gem. § 37 Abs. 1a SGB V ist eine Krankenhausentlassung in die Häuslichkeit nicht möglich. Es besteht ein **ganztägiger** Unterstützungsbedarf bei folgenden Tätigkeiten:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

*Sofern vorhanden bitte den Hilfebedarfsbogen beifügen.*

Die Aufnahme soll in folgender Kurzzeitpflegeeinrichtung erfolgen:

\_\_\_\_\_  
Name der Pflegeeinrichtung

\_\_\_\_\_  
Anschrift der Name der Pflegeeinrichtung

Die Aufnahme in die Kurzzeitpflegeeinrichtung ist für den Zeitraum

vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ notwendig.

Sonstige Bemerkungen:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Ort

\_\_\_\_\_  
Unterschrift und Stempel des Arztes/der Ärztin