

# Antrag auf Leistungen der Kurzzeitpflege

---

Name, Vorname des Versicherten

---

Geburtsdatum

---

Straße, Hausnummer

---

Versichertennummer

---

Postleitzahl/Wohnort

---

Telefon

**Ich beantrage die Übernahme der Kosten für eine Kurzzeitpflege, weil meine häusliche Pflege zeitweise nicht, noch nicht oder nicht im erforderlichen Umfang sichergestellt werden kann**

für eine Übergangszeit im Anschluss an eine stationäre Behandlung

**oder**

weil vorübergehend häusliche oder teilstationäre Pflege nicht möglich oder nicht ausreichend ist

Die Kurzzeitpflege wird durchgeführt in:

AWO Seniorenzentrum Am Stadtpark

---

Name der Einrichtung

Reutlinger Straße 10, 78054 VS-Schwenningen, Tel. (07720) 8306-0

---

Anschrift der Einrichtung

Die Kurzzeitpflege wird in folgendem Zeitraum durchgeführt:

---

Beginn und Ende der Kurzzeitpflege

---

Datum und Unterschrift des Versicherten, des Betreuers oder gesetzlichen Vertreters