

Antwort an:

IKK Brandenburg und Berlin
Pflegekasse/Häusliche Krankenpflege
Postfach 30 35 40
10773 Berlin

Allgemeine Angaben		
Name Vorname	Geburtsdatum	Krankenversicherungsnummer
_____	____.____.____	_____
Straße Hausnummer	PLZ Ort	Telefonnummer *
_____	_____	____/____
Ich beantrage teilstationäre Pflege (Tages- oder Nachtpflege)		
Ich möchte die teilstationäre Pflege besuchen ab: ____.		
Ich möchte die folgende Einrichtung besuchen:		
Name der Einrichtung	Telefonnummer *	
_____	____/____	
Anschrift der Einrichtung		

Datenschutzhinweis		
Wir erheben die Daten für die Prüfung Ihres Antrages auf teilstationäre Pflege nach § 41 SGB XI und § 94 SGB XI.		

Datum	Unterschrift des Versicherten /Bevollmächtigten/Betreuers
____.	_____