

Antwort an

IKK Brandenburg und Berlin
Pflegekasse/Häusliche Krankenpflege
Postfach 30 35 40
10727 Berlin

Allgemeine Angaben des Pflegebedürftigen		
Name, Vorname	Geburtsdatum	Krankenversicherungsnummer
_____	_____	_____
Straße Hausnummer	PLZ Ort	Telefonnummer *
_____	_____	_____/_____
Ich beantrage teilstationäre Pflege (Tag / Nacht)		
Ich möchte die teilstationäre Pflege besuchen ab _____		
Ich möchte die folgende Einrichtung besuchen		
Name der Einrichtung		

Anschrift der Einrichtung		

Telefonnummer *		
_____/_____		
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	
_____	_____	

* freiwillige Angaben