

Absender

Adresse der Krankenkasse

Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung

Datum:

Mitgliedsnummer:

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit beantrage ich Leistungen der Pflegeversicherung gemäß § 14 SGB XI.

Ich benötige für mindestens 6 Monate in höherem Maße Hilfe bei den gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens.

Mit freundlichen Grüßen