



**BARMER**  
**42267 Wuppertal**

**Absender**

Datum:

Versicherungsnummer:

## **Ärztliche Bescheinigung über die medizinische Notwendigkeit einer Kurzzeitpflege bei nicht vorliegender Pflegebedürftigkeit (§ 39c SGB V)**

Nachfolgendes Ereignis liegt diesem Antrag zugrunde:

Krankenhausaufenthalt vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

ambulante Krankenhausbehandlung am \_\_\_\_\_

ambulante Operation am \_\_\_\_\_

Vorliegende Diagnose (n) (ICD-10)

Aus dem vorbenannten Ereignis resultiert ein neuer, vorübergehender Hilfebedarf. Die Versorgung im Rahmen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 Abs. 1a SGB V (Unterstützungspflege) ist im eigenen Haushalt oder im Familienhaushalt nicht ausreichend, weil:

Hilfebedarf besteht bei folgenden Verrichtungen:

Die Aufnahme in die folgende Kurzzeitpflegeeinrichtung soll erfolgen am:

Name und Anschrift der Einrichtung, falls bekannt Institutionskennzeichen (IK)

Bestehen Hinweise auf eine dauerhafte Pflegebedürftigkeit?    nein    ja

Sonstige Bemerkungen

Stempel/Unterschrift des Arztes

Name:

Versicherungsnummer:

### **Antrag des Versicherten auf Genehmigung der Kurzzeitpflege bei nicht vorliegender Pflegebedürftigkeit**

Zur Information: Die Verarbeitung Ihrer Daten erfolgt zur Leistungsgewährung nach § 39c SGB V. Die BARMER speichert diese für 6 Jahre und löscht sie anschließend. Sie haben, sofern die gesetzlichen Voraussetzungen vorliegen, ein Recht auf Auskunft, Berichtigung und Löschung oder Einschränkung sowie das Recht auf Datenübertragbarkeit.

Ich beantrage die Kurzzeitpflege bei der Krankenkasse in der auf Seite 1 benannten Einrichtung für die Zeit vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Meine pflegerische und hauswirtschaftliche Versorgung kann durch eine im Haushalt lebende Person nicht sichergestellt werden.

Mir ist bekannt, dass es sich bei der von mir beantragten Kurzzeitpflege nach § 39c des fünften Sozialgesetzbuches (SGB V) um eine durch die Krankenkasse bezuschussungsfähige Leistung handelt und dass Investitionskosten, Kosten für Unterkunft und Verpflegung von mir selbst in voller Höhe zu tragen sind. Der Zuschuss ist begrenzt auf maximal 1.612 Euro bzw. 8 Wochen im Kalenderjahr.

Mit der nachstehenden Unterschrift beantrage ich die Leistungen.

Datum/Unterschrift der/des Versicherten bzw. der/des Bevollmächtigten  
(bitte Kopie der Betreuungsurkunde beifügen)

Telefonnummer

Ich bin tagsüber erreichbar unter \_\_\_\_\_