

Absender

Postbeamtenkrankenkasse  
70467 Stuttgart

Versicherungsnummer

Mitglied (Name, Vorname)

Datum

Telefon

---

### Verordnung für eine Kurzzeitpflege bei fehlender Pflegebedürftigkeit

---

Eine Kurzzeitpflege ist erforderlich

Vorname

Nachname

Geburtsdatum

Eine Kurzzeitpflege ist erforderlich vom

bis

---

Eine Kurzzeitpflege erfolgt

wegen einer schweren Krankheit

Ja

wegen einer akuten Verschlimmerung einer Krankheit

Ja

nach einem Krankenhausaufenthalt

Ja

nach einer ambulanten Operation

Ja

nach einer ambulanten Krankenhausbehandlung

Ja

---

### Ggf. ärztliche Stellungnahme

---

Die Kurzzeitpflege wird in folgender Kurzzeitpflegeeinrichtung durchgeführt:

---

**Bestätigung – vom Arzt auszufüllen**

Die Notwendigkeit der Kurzzeitpflege wird bestätigt

Ort, Datum

---

Stempel und Unterschrift Ärztin/Arzt