

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 – von der behandelnden ärztlichen Person auszufüllen

Die Notwendigkeit der Kurzzeitpflege wird bestätigt

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift der behandelnden ärztlichen Person