

Absender:

Postbeamtenkrankenkasse  
70467 Stuttgart

Versicherungsnummer

Mitglied (Name, Vorname)

Datum

Telefon

---

**Bescheinigung der Abwesenheitstage bei Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen zur Berechnung des Pflegegeldes**

---

**Angaben zur Person**

Name, Vorname

**Angaben zur Pflegeperson**

Name, Vorname

Ich habe die oben genannte pflegebedürftige Person in folgenden Zeiträumen gepflegt:

**Datum von**

**Datum bis**


---

**Bitte beachten Sie:** Leistungen der Beihilfe beantragen Sie bitte mit dem bekannten Leistungsantrag.

Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Beihilfeberechtigte\*r bzw. bevollmächtigte Person