

Antrag auf Kurzzeitpflege

Angaben zum Antragsteller (Name und Adresse)

Versichertennummer

Telefonnummer

Bitte an die IKK classic schicken. Vielen Dank!

IKK classic
04063 Leipzig

E-Mail info@ikk-classic.de

Fax 0800 800 4551

1. Beantragter Zeitraum:

vom bis

2. Grund der Kurzzeitpflege: (Bitte nur eine Möglichkeit auswählen!)

- Krankheit der Pflegeperson
 Erholungsurlaub der Pflegeperson
 Entlastung/Verhinderung der Pflegeperson
 Veränderung in der Pflegesituation

3. Erhöhung des Zuschusses zu Lasten der Verhinderungspflege

Sofern die Leistungen der Kurzzeitpflege in Höhe von maximal 1.774 Euro nicht ausreichen, um die Aufwendungen zu decken, können Sie den kompletten Betrag der Verhinderungspflege (maximal 1.612 Euro) für eine stationäre Kurzzeitpflege verwenden. Die restliche Verhinderungspflege verringert sich entsprechend.

- Ja, ich wünsche eine Erhöhung meines Zuschusses zu Lasten der Verhinderungspflege.
 Nein, ich wünsche keine Erhöhung meines Zuschusses zu Lasten der Verhinderungspflege.

4. Die Kurzzeitpflege erfolgt in folgender Einrichtung:

(Name, Anschrift und Telefonnummer der Einrichtung)

Ort Datum Unterschrift Pflegebedürftiger bzw. Betreuer* Telefonnummer*

*freiwillige Angabe (Unterschrift kann bei Übermittlung per E-Mail entfallen)