

Angaben zur Kundin/ dem Kunden der pronova BKK

Name, Vorname:
Straße, PLZ, Ort:
Versicherungsnummer:

Ausgefüllt bitte zurück an:

pronova BKK Pflegekasse
67082 Ludwigshafen

Antrag auf teilstationäre Pflege

Ab _____ beantrage ich die Kostenübernahme der teilstationären Pflege (zusätzlich zu meiner bisher bezogenen ambulanten Pflegeleistung) in Form einer Tages- oder Nachtpflege in folgender Einrichtung:

Tagespflege

Name der Einrichtung: _____

Straße und Hausnummer: _____

Postleitzahl und Ort: _____

Nachtpflege

Name der Einrichtung: _____

Straße und Hausnummer: _____

Postleitzahl und Ort: _____

Ich werde die teilstationäre Pflege voraussichtlich wöchentlich _____ mal besuchen.

Datum

Unterschrift Pflegebedürftige/Bevollmächtigte(r)/Betreuer(in)