

Angaben zur Kund*innen 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*r / Bevollmächtigte*r / Betreuer*in