

Name, Vorname des Versicherten Herzog, Torsten	Kostenträgerkennung 105313145	Versicherten-Nr. A12345098
---	----------------------------------	-------------------------------

## Antrag des Versicherten auf Genehmigung häuslicher Krankenpflege

Ich beantrage häusliche Krankenpflege für die Zeit vom 22.06.2022 bis 31.12.2022

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> in meinem Haushalt | <input type="checkbox"/> in Haushalt einer sonstigen Person | <input type="checkbox"/> in einer Werkstatt             |
| <input type="checkbox"/> in einer Schule, Kindergarten | <input type="checkbox"/> in einer Wohngemeinschaft          | <input type="checkbox"/> in einer sonstigen Einrichtung |
| <input type="checkbox"/> in einer betreuten Wohnform   |   |   |

Name  
**Herzog Torsten**

Straße, Haus-Nr.  
**Jahnstrasse 7**

PLZ Ort  
**85615 Aßling**

- Folgende verordnete Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege können durch eine im Haushalt lebende Person erbracht werden.
- 
- Die verordneten Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege können durch eine im Haushalt lebende Person nicht erbracht werden
- Bitte senden Sie mir Informationen über zugelassene Pflegedienste
- Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift des Versicherten  
oder des gesetzlichen Vertreters

## Angaben des Pflegedienstes(soweit vom Versicherten ein Pfleged. schon beauftragt worden ist)

Folgende Leistungen sollen erbracht werden für die Zeit vom 22.06.2022 bis 31.12.2022

Leistung	Häufigkeit			Dauer	
	tgl.	wtl.	mtl.	vom	bis
26.2.1 Verabreichen von ärztlich verordneten Medikamenten	1	7	0	22.06	31.12

Die Pflege wird durchgeführt von einem zugelassenen Pflegedienst (Vertragspartner gem. §132a Abs. 2 SGB V)

Name des Pflegedienstes  
**Demo Pflegedienst**

Straße, Haus-Nr.  
**Brönnnerstraße 17**

PLZ Ort  
**60313 Frankfurt am Main**

Institutionskennzeichen Pflegedienst  
**460444444**

Ansprechpartner in dem Pflegedienst(Name)  
**Eisenberg Heike**

Telefonnummer des Pflegedienstes Fax-Nr. des Pflegedienstes  
**069 - 15 34 87 92 069 - 15 34 87 93**

E-Mail-Adresse des Pflegedienstes  
**demo@dealsoft.de**

Datum \_\_\_\_\_

Stempel / Unterschrift des Pflegedienstes