

Absender

Adresse der Krankenkasse

## **Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung**

Datum:

**Name, Geburtsdatum:**

**Mitgliedsnummer:**

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit beantrage ich Leistungen der Pflegeversicherung gemäß § 14 SGB XI.

Ich benötige für mindestens 6 Monate in höherem Maße Hilfe bei den gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens.

Bitte senden Sie mir einen Antrag zu.

Mit freundlichen Grüßen,