

Vorname und Nachname

Straße und Hausnummer

Postleitzahl Ort

beta Care

Name der Krankenkasse

ggf. Postfach oder Straße und Hausnummer

Postleitzahl Ort

Ort

Datum

## Antrag auf Pflegeleistungen

### Versicherungsnummer:

Sehr geehrtes Team der Pflegekasse,

ich beantrage Pflegeleistungen und die Feststellung eines Pflegegrads für

mich selbst

folgende Person:

Ich beantrage folgende Leistung(en):

Die Pflege soll leisten: Name und Adresse der Pflegeperson(en) des Pflegediensts/der Sozialstation oder der Einrichtung

Das Pflegegeld soll überwiesen werden an

Kontoinhaber\_in

Bank

IBAN

Mit freundlichen Grüßen

Autoren und Herausgeber übernehmen keine Haftung für die Angaben in diesem Formular.