

Pflegeunterstützungsgeld für pflegende Angehörige nach § 44a SGB XI

Ärztliche Bescheinigung

1. naher Angehöriger

Name _____
Vorname _____
Geboren am _____
Anschrift _____
Verwandtschaftsverhältnis zum Versicherten _____


2. voraussichtlich Pflegebedürftige Person

Name _____
Vorname _____
Geboren am _____
Krankenkasse _____
Versicherungsnummer _____

Für den oben genannten nahen Angehörigen ist eine Freistellung von der Arbeit erforderlich, um im aktuellen Akutfall die Pflege des Angehörigen zu organisieren oder die pflegerische Versorgung sicherzustellen.

Der Patient erfüllt aus unserer Sicht die Voraussetzungen der Pflegebedürftigkeit.

Zeitraum der erforderlichen Freistellung von _____ bis _____

Datum  Unterschrift + Stempel