

zurück an:

Württembergische Krankenversicherung AG  
Leistungsservice  
70801 Kornwestheim

oder per Mail an:

[kranken.leistung@wuerttembergische.de](mailto:kranken.leistung@wuerttembergische.de)

Bei Fragen - Telefon: 0711 662-722118

## Antrag auf ambulante Pflegeleistungen

Kranken-/Pflegeversicherung

Datum:

### Angaben zur pflegebedürftigen Person:

Vorname, Name	Geburtsdatum
Straße	
PLZ und Ort	Telefon

### Ansprechpartner (zur Terminabsprache etc.):

Vorname, Name	Telefon
---------------	---------

### Ich beantrage

 **Kostenerstattung für häusliche Pflege durch eine geeignete Pflegekraft/ambulante Pflegeeinrichtung.**

Die Pflege wird durchgeführt von:

Name/Pflegeeinrichtung	Telefon
Straße	
PLZ und Ort	Fax

**Handelt es sich um eine anerkannte Pflegeeinrichtung mit Versorgungsvertrag?**  Ja  Nein **Pflegegeld, mit dessen Umfang ich die erforderliche Grundpflege und die hauswirtschaftliche Versorgung durch eine Pflegeperson in geeigneter Weise selbst sicherstelle.**

Die Pflege wird durchgeführt von:

Name, Vorname	Geburtsdatum
Straße	
PLZ und Ort	Telefon

Sind außer dieser Pflegeperson noch weitere Personen an der Pflege beteiligt?

 Nein  Ja (Bitte Angaben zur Pflegeperson auf einem separaten Blatt beifügen.)

## Kranken-/Pflegeversicherung

Die Geldleistung bitte ich auf folgendes Konto zu überweisen:

Kontoinhaber	Geldinstitut
IBAN	BIC

**Sonstiger Wunsch (z. B.: Pflegehilfsmittel etc.):**

**Es bestehen (bzw. wurden beantragt) noch anderweitige Ansprüche wegen Pflegebedürftigkeit:**  
(Ggf. welche? Z. B. nach dem Bundesversorgungsgesetz, aus gesetzlicher Unfallversicherung, privatrechtlicher Art.)

Nein  Ja:

Art und Höhe der Ansprüche (Ggf. bitte Kopie des Annerkennungsbescheides bzw. Antrages beilegen.)

**Folgende Ärzte können Auskunft über meinen Gesundheitszustand geben:**

1.	Vorname, Name	
	Straße	
	PLZ und Ort	Telefon
2.	Vorname, Name	
	Straße	
	PLZ und Ort	Telefon
3.	Vorname, Name	
	Straße	
	PLZ und Ort	Telefon

**Es wurde eine Betreuung eingerichtet/beantragt oder eine Vollmacht erteilt:**

**Nein**  
 **Ja:**     **Betreuung**     **Vollmacht**

Name, Vorname	
Straße	
PLZ und Ort	Telefon/Fax

**Bitte fügen Sie eine Kopie der Betreuungsurkunde bzw. der Vollmacht bei, sofern uns diese noch nicht vorliegt.**