

# Antrag auf Kurzzeitpflege nach § 39c SGB V

## Leistungen der Pflegeversicherung

### 1 Persönliche Angaben

Name, Vorname	Geburtsdatum
Straße   Hausnummer	PLZ   Ort
Versichertennummer	Telefon, tagsüber erreichbar (freiwillige Angabe)

### 2 Angaben zur Kurzzeitpflege

Ich beantrage hiermit Kurzzeitpflege für die Zeit vom  bis zum

### 3 Anschrift der Pflegeeinrichtung

Die Kurzzeitpflege erfolgt in folgender Einrichtung:

Name der Pflegeeinrichtung			
Straße	Hausnummer	PLZ	Ort

Ich habe eine detaillierte ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung beigelegt.

Ich versichere, dass die gemachten Angaben den Tatsachen entsprechen. Änderungen in den Verhältnissen, die für die Leistungserbringung erheblich sind, werde ich umgehend mitteilen.

Datum	Ort
-------	-----

Unterschrift der versicherten/betreuenden/bevollmächtigten Person

#### Hinweise zum Datenschutz und zur Mitwirkungspflicht:

Ihr Mitwirken ist nach § 60 SGB I und § 28 SGB XI erforderlich. Fehlt Ihre Mitwirkung, kann dies zu Nachteilen (z. B. bei den Leistungsansprüchen) führen. Die datenschutzrechtlichen Informationen zur Verarbeitung Ihrer Daten finden Sie auf unserer Webseite unter [www.heimat-krankenkasse.de/datenschutz](http://www.heimat-krankenkasse.de/datenschutz) oder fordern Sie diese Informationen gerne direkt bei uns an.

Heimat Krankenkasse  
Herforder Straße 23 · 33602 Bielefeld · Service-Telefon 0800 1060100 (kostenfrei)

Stand 03.2026



Bitte zurücksenden an:

Heimat Krankenkasse  
Pflegeversicherung  
Herforder Straße 23  
33602 Bielefeld