

Versicherungsnummer



Antrag der pflegebedürftigen Person auf Versorgung bei Inanspruchnahme einer Rehabilitationsleistung durch die Pflegeperson nach § 42a Elftes Buch Sozialgesetzbuch - SGB XI (Anlage)

CA0111

Handschriftliche Ergänzungen bitte in Druckschrift
in schwarz oder blau

Pflegeperson (Name, Vorname)	Geburtsdatum
------------------------------	--------------

Hinweis: Bitte dem Rehabilitationsantrag der oben genannten Pflegeperson beifügen, wenn die Mitnahme einer pflegebedürftigen Person gewünscht ist und dies im Rehabilitationsantrag dokumentiert ist.

1 Persönliche Angaben der pflegebedürftigen Person

Name	Vorname
Straße, Hausnummer	
Postleitzahl	Wohnort
Geburtsdatum	Telefon

Name der Krankenkasse, Pflegekasse oder des privaten Versicherungsunternehmens (soweit bekannt)	
Straße, Hausnummer	
Postleitzahl	Ort
Krankenversicherungsnummer beziehungsweise Versicherungsnummer des privaten Versicherungsunternehmens	

2 Ergänzende Angaben

Mobilitätseinschränkungen (zum Beispiel: Hilfe beim Treppensteigen; auf Gehhilfen oder Rollstuhl angewiesen)
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche:
Kognitive Einschränkungen (zum Beispiel: Demenz; Entwicklungsstörungen bei Kindern)
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche:

