

Antrag auf zusätzliche Betreuungsleistungen nach § 45b SGB XI

Anschrift der **Krankenkasse:**

.....
Name der Kasse

.....
Straße

.....
PLZ, Ort

Antrag

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit beantrage ich die Prüfung und Feststellung der Anspruchsberechtigung für zusätzliche
Betreuungsleistungen nach § 45a SGB XI für Herrn / Frau

Anschrift des **Versicherten:**

.....
Name, Vorname

.....
Versichertennummer

.....
Straße

.....
PLZ, Ort

Ort / Datum

Unterschrift des Versicherten bzw. gesetzl. Betreuer/ Bevollmächtigten