

# 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