

# Antrag auf Zusätzliche Betreuungsleistungen nach § 45b SGB XI

## *Anschrift der **Krankenkasse:***

.....  
*Name der Kasse*

.....  
*Straße*

.....  
*PLZ, Ort*

---

## **Antrag**

Sehr geehrte Damen und Herren,

meine Alltagskompetenz ist auf Dauer erheblich eingeschränkt. Ich beantrage daher einen Kostenzuschuss für zusätzliche Betreuungsleistungen.

Die zusätzlichen Betreuungsleistungen werden erbracht von

YAT Reisen GmbH, Ostallee 27, 33106 Paderborn , T.: 0 52 54/66 23 50  
(Institutionskennzeichen (IK) Nummer: 460 57 45 27)

Für die zusätzlichen Betreuungsleistungen entstehen vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_  
Kosten in Höhe von \_\_\_\_\_ EUR.

## **Personenbezogene Angaben**

.....  
*Name, Vorname*

.....  
*Geburtsdatum*

.....  
*Versichertennummer*

.....  
*Straße*

.....  
*PLZ, Ort*

---

Ort / Datum

---

Unterschrift des Versicherten bzw. gesetzl. Betreuer/Bevollmächtigten