

ANTRAG

auf zusätzliche Betreuungsleistungen für Pflegebedürftige
mit Einschränkung der Alltagskompetenz

**Hiermit beantrage ich die Prüfung und Feststellung der Anspruchsberechtigung für
zusätzliche Betreuungsleistungen gemäß § 45a SGB XI.**

(Vorname/Name des/der Pflegebedürftigen)

(Geburtsdatum) (Krankenversicherten Nummer)

(Ort, Datum, Unterschrift Antragsteller)