

Absender

Adresse der Krankenkasse

## **Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung**

Datum:

Mitgliedsnummer:

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit beantrage ich Leistungen der Pflegeversicherung  
gemäß § 14 SGB XI.

Ich benötige für mindestens 6 Monate in höherem Maße Hilfe  
bei den gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden  
Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens.

Mit freundlichen Grüßen