



per Fax bitte an 0385 5923835, Tel: 0385 5923831

P F L E G E H I L F S M I T T E L A N T R A G		
Pflegekasse:	Pflegestufe:	geb. am:
Name:	Vorname:	
Straße:	Tel.-Nr.:	
PLZ:	Wohnort:	
Hausarzt:	Vers.-Nr.:	
Hiermit beantrage ich zur Durchführung meiner häuslichen Pflegemaßnahmen folgendes Hilfsmittel:		
Technische Beratung erfolgt durch:		
Unterschrift des Versicherten:	Datum:	