



EGZB

Antrag auf teilstationäre Pflege

Versicherungsnehmer

Datum: _____

Vorname, Name _____

Anschrift _____

PLZ, Ort _____

Versicherungsnummer _____

Pflegeversicherung

Name _____

Anschrift _____

Telefon, Fax _____

Antrag auf teilstationäre Pflege

Sehr geehrte Damen und Herren,

Ich beantrage die teilstationäre Pflege (Tagespflege) ab dem _____

In einer Vertragseinrichtung der Pflegekassen.

Ich habe mich bereits für eine Einrichtung entschieden:

Evangelisches Geriatriezentrum Berlin gGmbH
Reinickendorfer Straße 61, 13347 Berlin
Tel. (030) 45 94 - 18 34

Und besuche diese an _____ Tagen in der Woche

Mit freundlichen Grüßen

(Unterschrift)