



**Pflegeunterstützungsgeld für pflegende Angehörige nach § 44a SGB XI**

**Ärztliche Bescheinigung**

**1. naher Angehöriger**

Name \_\_\_\_\_  
Vorname \_\_\_\_\_  
Geboren am \_\_\_\_\_  
Anschrift \_\_\_\_\_  
Verwandtschaftsverhältnis zum Versicherten \_\_\_\_\_

**2. voraussichtlich Pflegebedürftige Person**

Name \_\_\_\_\_  
Vorname \_\_\_\_\_  
Geboren am \_\_\_\_\_  
Krankenkasse \_\_\_\_\_  
Versicherungsnummer \_\_\_\_\_

Für den oben genannten nahen Angehörigen ist eine Freistellung von der Arbeit erforderlich, um im aktuellen Akutfall die Pflege des Angehörigen zu organisieren oder die pflegerische Versorgung sicherzustellen.

Der Patient erfüllt aus unserer Sicht die Voraussetzungen der Pflegebedürftigkeit.

Zeitraum der erforderlichen Freistellung von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Datum

**X**

Unterschrift + Stempel