

Absender

Postbeamtenkrankenkasse  
Beihilfedienste  
70636 Stuttgart

Beihilfenummer

Beihilfeberechtigte Person (Name, Vorname)

Datum

Telefon

Nur für beihilfeberechtigte Person, die  
nicht bei der PBeaKK versichert sind.

---

### Verordnung für eine Kurzzeitpflege bei fehlender Pflegebedürftigkeit

---

Eine Kurzzeitpflege ist erforderlich

Vorname

Nachname

Geburtsdatum

Eine Kurzzeitpflege ist erforderlich vom

bis

---

Eine Kurzzeitpflege erfolgt

wegen einer schweren Krankheit

Ja

wegen einer akuten Verschlimmerung einer Krankheit

Ja

nach einem Krankenhausaufenthalt

Ja

nach einer ambulanten Operation

Ja

nach einer ambulanten Krankenhausbehandlung

Ja

---

**Ggf. ärztliche Stellungnahme**

---

Die Kurzzeitpflege wird in folgender Kurzzeitpflegeeinrichtung durchgeführt:

---

**Bestätigung – von der behandelnden ärztlichen Person auszufüllen**

Die Notwendigkeit der Kurzzeitpflege wird bestätigt

Ort, Datum

---

Stempel und Unterschrift der behandelnden ärztlichen Person