

DMS 03072

DKV Deutsche Krankenversicherung AG  
Kundenservice Leistung Spezial



An

DKV Deutsche Krankenversicherung AG  
50594 Köln

KV

Versicherungsnummer

Absender:

Vorname, Name

Anschrift

PLZ Ort

## Ärztliche Bescheinigung

Ihr Patient

\_\_\_\_\_

Vorname, Name

- \_\_\_\_\_ ist pflegebedürftig im Sinne von §§ 14, 15 SGB XI oder
- bei \_\_\_\_\_ sind die Voraussetzungen der Pflegebedürftigkeit nach §§ 14, 15 SGB XI voraussichtlich erfüllt

(Unzutreffendes bitte durchstreichen).

Es ist erforderlich, dass \_\_\_\_\_ von der Arbeit fernbleibt, um die bedarfsgerechte Pflege zu organisieren oder die pflegerische Versorgung der/des pflegebedürftigen nahen Angehörigen \_\_\_\_\_ sicher zu stellen.

\_\_\_\_\_

Name und Anschrift des Arztes

\_\_\_\_\_

Unterschrift des Arztes

DMS 03072

