



Absender

Versicherungsnummer

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

1220240

Gemeinschaft privater Versicherungsunternehmen
Postfach 1303
15203 Frankfurt

Bescheinigung der Abwesenheitstage bei Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen zur Berechnung des Pflegegeldes

(Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen, bei Fragen wenden Sie sich bitte per Telefon: 0221 84598958 oder reichen Sie Ihr Anliegen noch schneller ein unter [meine.gpv-pflege.de](https://www.gpv-pflege.de))

Bitte die Unterlagen lose, nicht geklammert oder geheftet einsenden

Angaben zur pflegebedürftigen Person

Name

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Vorname

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Angaben zur Pflegeperson

Name

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Vorname

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Ich habe die oben genannte pflegebedürftige Person in folgenden Zeiträumen gepflegt:

Datum von

Datum bis

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--



Nähere Informationen zur Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten können Sie in unseren Datenschutzhinweisen unter <https://www.gpv-pflege.de/datenschutz> entnehmen.

Ort, Datum

Unterschrift versicherte Person bzw. bevollmächtigte Person