



Antrag auf Einstufung nach SGB XI

An die _____

Versicherte/r

Name _____

Vorname _____

geb. am _____

Versicherungs-Nr. _____

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich bin im Hospiz Lebensbrücke (stationäre Einrichtung)
aufgenommen worden. Hiermit beantrage ich eine Einstufung nach SGB XI
vorzunehmen bzw. meine Einstufung zu überprüfen.

Bitte informieren Sie

Hospiz Lebensbrücke gGmbH
Dalbergstrasse 2
65439 Flörsheim am Main

per Fax über das Ergebnis der Einstufung.

Mit freundlichen Grüßen

Datum _____
Name/ _____