

Bestätigung

Nachweis des ständigen Betreuungs- und Pflegebedarfs
24 Stundenpflege

Das behinderte Kind Frau Herr

.....
[Name] [Versicherungsnummer]

wohnhaft in

steht bei mir seit in ärztlicher Behandlung/Betreuung.

Diagnosen:
.....
.....
.....

Aus meiner Sicht ist **wegen** der angeführten chronischen Erkrankung oder Behinderung eine laufende Verfügbarkeit oder Anwesenheit einer Betreuungsperson erforderlich.

Begründung:

sonstige Bemerkungen:

.....
[Datum] [Stempel und Unterschrift]