

varisano Hospiz Lebensbrücke  
Dalbergstraße 2a, 65439 Flörsheim

## 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 \_\_\_\_\_