

# 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] .....

Anmerkung:  
Die **begründete Bestätigung** über die Notwendigkeit der 24-Stunden-Betreuung hat durch einen (Fach)arzt bzw. durch andere zur Beurteilung des Pflegebedarfs berufene Expert/innen zu erfolgen.