Leistungsträger ABC Postfach 20 00 11111 Musterstadt

**Anlage**

*<Pflegekasse bei der*
*Krankenkasse XYZ*
*Musterstraße 1234*

*11111 Musterstadt>*

Datum

## Meldung für Versicherte nach § 21 Nr. 4 SGB XI

Teil A (bitte immer vollständig ausfüllen)

| | | | |
|---|---|---|---|
| Meldegrund* \|_\|_\| | | | |
| Betriebsnummer und/oder Institutionskennzeichen des Leistungsträgers | \|_\|_\|_\|_\|_\|_\|_\|_\|_\| | Aktenzeichen des Leistungsträgers | \|_\|_\|_\|_\|_\|_\|_\|_\|_\|_\|_\|_\| |
| Betriebsnummer und/oder Institutionskennzeichen der Pflegekasse | \|_\|_\|_\|_\|_\|_\|_\|_\|_\| | Ordnungsbegriff der Pflegekasse | \|_\|_\|_\|_\|_\|_\|_\|_\|_\|_\|_\|_\| |
| Name, Vorname des Versicherten | \|_\|_\|_\|_\|_\|_\|_\|_\|_\|_\|_\|_\