

# 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 Bemerkung:

.....

.....  
[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.