

Träger der Pflegeeinrichtung:

.....
Bitte an die Arbeitsgemeinschaft der Pflegekassenverbände, Gärtnersleite 14, 96450 Coburg und den zuständigen Bezirk senden.

***Antrag auf Änderung der Öffnungszeiten ab**
(Vertragsänderung)

Teilstationäre Pflegeeinrichtung:
Straße, PLZ, Ort:
Institutionskennzeichen:

Auf der Basis des Grundsatzpapieres zu den Öffnungszeiten in der teilstationären Pflege Ziffer V. Änderung der Öffnungszeiten beantragt der Träger der o.g. teilstationären Pflegeeinrichtung für diese folgende Öffnungszeiten:

			täglich	monatlich,	Bemerkung zu monatlich**	
• Montag	von	Uhr bis	Uhr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Dienstag	von	Uhr bis	Uhr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Mittwoch	von	Uhr bis	Uhr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Donnerstag	von	Uhr bis	Uhr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Freitag	von	Uhr bis	Uhr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Samstag	von	Uhr bis	Uhr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Sonntag	von	Uhr bis	Uhr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Beispiel für monatliche Bemerkung: z.B. Eintrag bei Samstag „jeden 1. im Monat“

zusätzlich bis zu 5 Tage flexible Öffnungstage im Jahr am:

Sofern eine Reduzierung der Öffnungszeiten beantragt wird, sind nachfolgend Gründe anzugeben:

.....
.....

Die teilstationäre Pflegeeinrichtung stellt während der angegebenen Öffnungszeiten die Besetzung mit mindestens einer Pflegefachkraft im Sinne des SGB XI sicher.

Ort, Datum

Unterschrift/Stempel des Trägers der teilstationären Pflegeeinrichtung

***Hinweis:**

Bei einer Änderung der Dauer der täglichen Öffnungszeiten (wie viele Stunden) und/oder der Anzahl der wöchentlichen Öffnungstage ist im Vorfeld der Änderung dieser Antrag zu stellen. Die oben angegebenen Daten werden seitens der ARGE und des zuständigen Bezirks geprüft. Sie erhalten eine schriftliche Nachricht, ob sich vertrags- bzw. vergütungsrechtliche Auswirkungen ergeben.