

PROLIFE homecare GmbH Postfach 10 28 07 34028 Kassel

PROLIFE homecare GmbH  
Postfach 10 28 07  
34028 Kassel

0561.316687-0  
0561.316687-29

info@prolife-gesundheit.de  
www.prolife-gesundheit.de

PROLIFE homecare GmbH

Abteilung B  
Postfach 102807  
34028 Kassel

### Meldung „Aufenthalt in stationärer Einrichtung“

Name: \_\_\_\_\_  
Nachname Vorname

Versichertennummer: \_\_\_\_\_

Sehr geehrte Damen und Herren der Abrechnung der PROLIFE,

hiermit zeige ich den folgenden Aufenthalt in einer stationären medizinischen Einrichtung an.

Ich befand mich bzw. der Versicherte befand sich vom

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
(Tag / Monat / Jahr) Datum Beginn bis \_\_\_\_\_  
(Tag / Monat / Jahr) Datum Ende

Mit freundlichen Grüßen

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Versicherter

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Angehöriger / Betreuer  
(nur sofern der Versicherte nicht unterschreibt)

Datum \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
(Tag / Monat / Jahr)

Geschäftsführer  
Ansgar Tump  
Manfred Dreisbusch

Verwaltungssitz  
PROLIFE homecare GmbH  
Postfach 10 28 07  
34028 Kassel

IK-Abgabestelle  
IKNr. 330601063  
Industriestraße 18  
34260 Kaufungen

Bank Raiffeisenbank Baunatal  
IBAN DE20520641560000639524  
SWIFT GENODEF1BTA  
Bank Commerzbank AG  
IBAN DE24520400210260345400  
SWIFT COBADEFFXXX  
USt-Id. DE 262 953 592  
HR HRB 14670, Amtsgericht Kassel

Im Einzelnen handelt es sich um folgende stationäre Einrichtung:

Name: \_\_\_\_\_  
(Name der stationären Einrichtung)

Anschrift: \_\_\_\_\_  
(Straße, PLZ, Ort)

Behandelnder Arzt: \_\_\_\_\_  
(Nachname, Vorname)