

Pflegekasse

Telefonische Erreichbarkeit:
040 32532555

Bitte senden an:

Antrag auf Leistungen bei Verhinderung der Pflegeperson

Allgemeine Angaben zum Pflegebedürftigen

| | | |
|---------------|--------------|-------------------------|
| Name, Vorname | Geburtsdatum | Krankenversicherten-Nr. |
| Anschrift | Vorwahl | Rufnummer |

Angaben zur Verhinderungspflege

Ich beantrage die Übernahme der Kosten für die Verhinderungspflege, weil die bisherige Pflegeperson verhindert ist.
bisherige Pflegeperson (Name, Vorname)

| | | |
|-----------|---------|-----------|
| Anschrift | Vorwahl | Rufnummer |
|-----------|---------|-----------|

Die bisherige Pflegeperson ist

wegen Erholungsurlaub Krankheit sonstiger Gründe verhindert.

über 8 Stunden täglich für die Zeit vom Datum bis Datum

unter 8 Stunden täglich für die Zeit vom Datum bis Datum

Während der Abwesenheit der bisherigen Pflegeperson soll die Pflege erbracht werden

- in meinem Haushalt **nicht** in meinem Haushalt
- durch einen Pflegedienst/stationäre Einrichtung
- durch eine Privatperson: verwandt/verschwägert
 nicht verwandt/verschwägert (z. B. Nachbarn/Bekannte)

Name der Pflegeeinrichtung / des Pflegedienstes/ der Privatperson

| | | | |
|--------|------------|---------|-----------|
| Straße | Hausnummer | | |
| PLZ | Ort | Vorwahl | Rufnummer |

Im laufenden Kalenderjahr wurde bereits Verhinderungspflege beansprucht für _____ Tage / Betrag _____ € .

► **Weitere Angaben zur Verhinderungspflege**

- Ich beantrage die Kombination/Übertragung von Leistungen der Kurzzeitpflege auf die Leistungen der Verhinderungspflege (**siehe beigefügtes Informationsblatt**)

Nur beantworten, wenn Verhinderungspflege zum ersten Mal beantragt wird:

Ich wurde bisher in meinem Haushalt gepflegt über einen Zeitraum **länger** als 6 Monate **kürzer** als 6 Monate.

Ort, Datum

Unterschrift des Versicherten/Betreuers/Bevollmächtigten

Datenschutzhinweis: Diese Daten werden nach § 60 SGB I in Verbindung mit § 94 SGB XI erhoben.

