

Pflegekasse

Absender

Ihr Schreiben vom
Ihr Zeichen

Antrag auf Verhinderungspflege

- Bitte füllen Sie den Antrag in Druckbuchstaben und in den dafür vorgesehenen Feldern aus! -

Ich beantrage:

- tageweise Verhinderungspflege:** Meine Pflegeperson ist mindestens acht Stunden am Tag verhindert (z. B. Urlaubsreise, Aufenthalt im Krankenhaus).
- stundenweise Verhinderungspflege:** Meine Pflegeperson ist weniger als acht Stunden am Tag verhindert (z. B. für Einkäufe, Behördengänge oder Freizeitaktivitäten).

Zeitraum der Verhinderung

Datum Datum Kalenderjahr
vom bis oder

Grund der Verhinderung

- Urlaub der Pflegeperson Angabe des Grundes
- sonstige Gründe

Welche Pflegeperson ist verhindert? (Angaben nur erforderlich, wenn Sie mehrere private Pflegepersonen haben.)

Vorname der verhinderten Pflegeperson Geburtsdatum der verhinderten Person

Name der verhinderten Pflegeperson

Ich werde bereits seit sechs Monaten zu Hause gepflegt.

- nein ja

Pflegekasse

Name

Ihr Zeichen

- Bitte füllen Sie den Antrag in Druckbuchstaben und in den dafür vorgesehenen Feldern aus! -

Wer übernimmt die Pflege?

private Vertretungskraft Pflegedienst stationäre Pflegeeinrichtung

Vorname und Name der privaten Vertretung/Name des Pflegedienstes/Name der stationären Pflegeeinrichtung

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Straße

Nr.

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

PLZ

Ort

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Telefonnummer der Vertretungskraft (freiwillige Angabe mit Einverständnis der Vertretungskraft)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Mit der Vertretungskraft bin ich bis zum zweiten Grad verwandt bzw. verschwägert?

Art der Verwandtschaft oder Schwägerschaft (z. B. Enkelin, Schwiegersohn)

nein ja ▶ _____

Die Vertretungskraft lebt mit mir in einem Haushalt nein ja

Nutzung meines Anspruchs auf Kurzzeitpflege

Reichen die Mittel der Verhinderungspflege nicht aus, möchte ich meinen Anspruch auf Kurzzeitpflege verwenden. Dies ist nur möglich, wenn der Anspruch noch nicht verbraucht wurde.

nein ja

Unterschrift

Datum/Unterschrift der/des Versicherten bzw. der/des Bevollmächtigten

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--