

Antrag auf Verhinderungspflege

Bitte drucken Sie den Antrag aus, füllen Sie den Antrag in Druckbuchstaben aus und senden Sie diesen an die Kasse. Äquivalent können Sie eine Online-Ausfüllvorlage Ihrer Kranken-/Pflegekasse nutzen. Bitte erkundigen Sie sich diesbezüglich auf der Internetpräsenz Ihres Versicherers.

1. Angaben zum/zur Versicherten:

Name, Vorname des/der Versicherten

Geburtsdatum

Versicherungsnummer

2. Angaben zur Art der Verhinderungspflege:

- tageweise Verhinderungspflege (die Pflegeperson war 8 oder mehr Stunden täglich verhindert, z.B. Urlaub, Krankheit)
- stundenweise Verhinderungspflege (die Pflegeperson war weniger als 8 Stunden täglich verhindert)

3. Zeitraum der Verhinderung:

vom: _____ (TT.MM.JJJJ) bis _____ (TT.MM.JJJJ)

4. Grund der Verhinderung:

- Erholungsurlaub
- Krankheit der pflegenden Person / pflegenden Angehörigen
- Rehabilitationsaufenthalt der pflegenden Person / pflegenden Angehörigen
- Fortbildung, berufliche bzw. private Abwesenheit oder. sonstige Terminsache der pflegenden Person / pflegenden Angehörigen

5. Angaben zur verhinderten pflegenden Person / pflegenden Angehörigen:

(Angabe erforderlich bei mehreren pflegenden Personen / pflegenden Angehörigen)

Die Verhinderungspflege wird durchgeführt von

Name, Vorname

Geburtsdatum

Adresse

Antrag auf Verhinderungspflege

Die pflegebedürftige Person wird bereits seit sechs Monaten zu Hause gepflegt

Name, Vorname des/der Versicherten

Geburtsdatum

ja nein

6. Angaben zur Vertretungskraft:

Die Verhinderungspflege wird übernommen von:



Oben genannte Fachpflegekraft ist bei der zuständigen Aufsichtsbehörde ordentlich gemeldet und im Rahmen der angebotenen Tätigkeit versichert. Bezüglich des Umfangs und der Einsatzzeiten wird ein schriftlicher Pflege-/Betreuungsvertrag geschlossen.

Die Ersatzpflegeperson lebt mit der/dem Pflegebedürftigen in **häuslicher Gemeinschaft**

ja nein

Die Ersatzpflegeperson ist mit der pflegebedürftigen Person **1. oder 2. Grades verwandt oder verschwägert:**

(Stief-/Schwieger-)Kinder, Stief-/Schwieger-(Eltern), Stief-/Schwieger-(Enkel), (Stief-/Schwieger-)Großeltern, Ehegatten von Geschwistern)

ja nein

Antrag auf Verhinderungspflege

7. Übertrag der Ansprüche aus Kurzzeitpflege:

Reicht das Budget der Verhinderungspflege nicht aus, bitte ich um Übertrag des höchstmöglichen Betrags der Kurzzeitpflege.

ja nein

8. Weiterer Beratungsbedarf:

Von Seiten der Antragstellerin / des Antragstellers bzw. des / der Bevollmächtigten besteht weiterer Beratungsbedarf.

ja nein

Telefonnummer: _____
(Nur auszufüllen, soweit Beratungsbedarf gewünscht)

erreichbar von _____ bis _____

Freundlichst bitte ich um Übersendung eines Abrechnungsvordruckes zur Geltendmachung der Verhinderungspflege, wie entsprechend beantragt.

Ort/ Datum:

Unterschrift des/der Versicherten bzw. des/der Bevollmächtigten