

Bitte tragen Sie hier die Anschrift Ihrer Pflegekasse ein

Vorname und Name

Straße und Hausnummer

PLZ und Wohnort

Versichertennummer

Geburtsdatum

Antrag auf Verhinderungspflege

Ich beantrage für die Zeit vom _____ bis _____ **Leistungen der Verhinderungspflege**, weil meine Pflegeperson

Name/Anschrift/Telefonnummer*

wegen ☐ **Urlaub** ☐ **Krankheit** ☐ **Sonstigem verhindert ist.**

Hierbei handelt es sich um eine stundenweise Verhinderungspflege ☐ nein ☐ ja
(Meine Pflegeperson ist in dem genannten Zeitraum stundenweise, täglich weniger als acht Stunden, abwesend)

Ich werde seit mindestens 6 Monaten gepflegt ☐ nein ☐ ja

Die Pflege wird in der genannten Zeit durchgeführt

☐ in Deutschland ☐ im Ausland (Land: _____)

☐ als Ferienreise

Ich bin mit der selbst beschafften Ersatzpflegekraft verwandt oder verschwägert

☐ nein ☐ ja, in folgender Weise: _____

Die Ersatzpflegekraft lebt mit mir in häuslicher Gemeinschaft ☐ nein ☐ ja

Vorname, Name: _____

Versichertennummer: _____

Reichen die Mittel der Verhinderungspflege zur Finanzierung der Leistung nicht aus, sollen die zur Verfügung stehenden Ansprüche aus der Kurzzeitpflege übertragen werden.

☐

nein

☐

ja

Bei einer eventuellen Überzahlung von Pflegegeld durch die Inanspruchnahme von Verhinderungspflege stimme ich einer Verrechnung mit zukünftigen Pflegeleistungen meiner Pflegekasse zu.



**Datum und Unterschrift des/der Versicherten/Bevollmächtigten/
Betreuers/Betreuerin/gesetzlichen Vertreters**

Die Daten brauchen wir, damit wir den Antrag bearbeiten können (§ 94 Sozialgesetzbuch (SGB) XI in Verbindung mit §§ 60 ff. SGB I).

Hinweis: Der Antrag sollte möglichst vor Beginn der Verhinderungspflege der Pflegekasse vorliegen.