

Bitte senden an:

Pflegekasse  
Telefonische Erreichbarkeit:  
040 32532555

## 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.

