

Bitte senden an:

Absender:

Ihr Zeichen:

## Kostenabrechnung bei Verhinderungspflege

### Allgemeine Angaben zum Versicherten

Name, Vorname

Geburtsdatum

Krankenversicherten-Nr.

### Angaben zur Verhinderungspflege

Die Versicherte wurde in der Zeit vom  Datum bis  Datum gepflegt,

weil die Pflegeperson in dieser Zeit an

weniger als acht Stunden am Tag

mehr als acht Stunden am Tag

verhindert war.

Vollständiger Name der Ersatzpflegekraft bzw. des Pflegedienstes oder der Pflegeeinrichtung

Straße und Hausnummer der Ersatzpflegekraft bzw. des Pflegedienstes oder der Pflegeeinrichtung

PLZ und Ort der Ersatzpflegekraft bzw. des Pflegedienstes oder der Pflegeeinrichtung

### Wenn die Verhinderungspflege von einem Pflegedienst oder einer Pflegeeinrichtung geleistet wurde:

Bitte zahlen Sie direkt an den Leistungserbringer.

Die Kosten habe ich bereits selbst bezahlt. Die quitierte Rechnung ist beigefügt.  
Ich bitte um Erstattung.

**Wenn die Verhinderungspflege von einer Privatperson geleistet wurde:**

Besteht ein Verwandtschaftsverhältnis bis zum 2. Grad zur gepflegten Person?  ja  nein

Wenn ja, welches?

Besteht ein häusliche Gemeinschaft mit der gepflegten Person?  ja  nein

**Bitte ausfüllen, wenn eine der vorherigen Fragen mit "ja" beantwortet wurde:**

Der Ersatzpflegeperson sind keine Kosten entstanden.  
Ich bitte um Zahlung des Pauschalbetrages.

Der Ersatzpflegeperson sind Kosten (z. B. Fahrkosten, Verdienstaussfall) entstanden.  
Die Kostennachweise sind beigelegt.

Höhe der entstandenen Kosten  
  
Euro

**Bitte ausfüllen, wenn beide vorherigen Fragen mit "nein" beantwortet wurden:**

Ich habe für die Verhinderungspflege folgende Vergütung an die Ersatzpflegeperson bezahlt.

Datum	von - bis	Stunden	Betrag
	- Uhr	Stunden	Euro
	- Uhr	Stunden	Euro
	- Uhr	Stunden	Euro
	- Uhr	Stunden	Euro
	- Uhr	Stunden	Euro
	- Uhr	Stunden	Euro
	- Uhr	Stunden	Euro
	- Uhr	Stunden	Euro
<b>Gesamtbetrag</b>			<b>Euro</b>

Den Erhalt des Gesamtbetrages bestätigt die Ersatzpflegeperson nachstehend mit ihrer Unterschrift.

\_\_\_\_\_  
Ort und Datum Unterschrift der Ersatzpflegeperson

Der Überweisungsbetrag soll überwiesen werden.  auf das bekannte Konto  auf nachfolgendes Konto

**Bankverbindung**

IBAN  BIC   
Name des Kontoinhabers (falls nicht mit dem Pflegebedürftigen identisch)

\_\_\_\_\_  
Ort und Datum Unterschrift der Pflegebedürftigen oder der/des Betreuers/ Bevollmächtigten