

Antrag auf Verhinderungspflege

Für _____ KV-Nr.: _____
Nachname Vorname Diese finden Sie auf Ihrer Gesundheitskarte

Ich beantrage Pflege wegen Verhinderung der Pflegeperson für die Zeit vom _____ bis _____
Tag Monat Jahr Tag Monat Jahr

Bisher wurde ich mindestens 6 Monate in häuslicher Umgebung gepflegt

Nein Ja

Name der Pflegeperson, die verhindert ist: _____

Der Umfang der Verhinderungspflege (Verhinderung der Pflegeperson) beträgt täglich mehr als 8 Stunden.

Nein Ja (z. B. bei Erholungsurlaub, Krankenhausaufenthalt)

Grund der Verhinderung

Erholungsurlaub (max. 42 Tage) Anderer Anlass: _____

Die Verhinderungspflege wird durchgeführt von folgender Ersatzpflegeperson:

Privatperson

Nachname Vorname Telefon (diese Angabe ist freiwillig)

Anschrift (Straße Hausnummer, PLZ Ort)

Diese ist mit der/dem Pflegebedürftigem verwandt oder verschwägert

Nein Ja, _____
Verwandtschaftsverhältnis

Wurde unbezahlter Urlaub beantragt?

Nein Ja, _____
Name und Anschrift des Arbeitgebers

Häusliche Gemeinschaft mit dem Pflegebedürftigen?

Nein Ja

Vertragspflegeeinrichtung

Name und Anschrift der Einrichtung

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

Nein Ja

Datum

Unterschrift des/der Versicherten/Betreuers/Betreuerin/Bevollmächtigten

Hinweis: Ihre persönlichen Daten (Sozialdaten) benötigen wir, um unsere Aufgaben für Sie ordnungsgemäß erledigen zu können. Nach § 94 Sozialgesetzbuch (SGB) XI in Verbindung mit § 60 SGB I sind wir berechtigt, die Daten zu erheben und Sie zur Mitwirkung verpflichtet. Die Nennung von Telefonnummer und E-Mail-Adresse ist freiwillig. Ihre Angaben werden vertraulich behandelt und unterliegen dem Datenschutz. Weitere Informationen über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten durch uns und Ihre Rechte nach der EU-Datenschutz-Grundverordnung finden Sie auf unserer Homepage www.daimler-bkk.com, Webcode 139.