

Antrag auf Verhinderungspflege

1/2

Versichertennummer
Diese finden Sie auf Ihrer Gesundheitskarte

Ich beantrage Verhinderungspflege für die Zeit vom bis
Tag Monat Jahr Tag Monat Jahr

- weniger als 8 Stunden am Tag (**stundenweise**)
Stundenweise Verhinderungspflege kann beantragt werden, wenn die Pflegeperson an einzelnen Tagen weniger als 8 Stunden verhindert ist (z. B. um Behördengänge zu erledigen, Arzttermine oder Ähnliches wahrzunehmen). Voraussetzung ist, dass die Pflegeperson an diesem Tag auch selbst die Pflegeleistung erbringt.
- mehr als 8 Stunden am Tag (**tageweise**)
Tageweise Verhinderungspflege kann beantragt werden, wenn die Pflegeperson für einen zusammenhängenden Zeitraum mindestens 8 Stunden verhindert ist (z. B. bei Urlaub oder Krankheit).

Anlass der Verhinderung

- Erholungsurlaub
- anderer Anlass: _____

Zusätzlich beantrage ich den Betrag aus noch nicht in Anspruch genommener Kurzzeitpflege

- Nein
- Ja (bis zu 806,00 € möglich)

Ich werde seit _____ von folgender Person im häuslichen Umfeld gepflegt:

Name _____ Vorname _____ Telefon* _____

Anschrift (Straße Hausnummer, PLZ Ort) _____

Die Verhinderungspflege wird durchgeführt von

- einem Pflegedienst/einer Sozialstation

Name _____ Anschrift (Straße Hausnummer, PLZ Ort) _____

- einer Privatperson (Angehörige, Verwandte, Nachbarn)

Name _____ Vorname _____ Telefon* _____

Anschrift (Straße Hausnummer, PLZ Ort) _____

Ich bin mit der Pflegeperson verwandt oder verschwägert

- Nein
- Ja _____
Verwandtschaftsverhältnis

*Die Angabe der Telefonnummer ist freiwillig.
Lesen Sie bitte auf dem zweiten Blatt weiter.

Antrag auf Verhinderungspflege

2/2

Versichertennummer
Diese finden Sie auf Ihrer Gesundheitskarte

Wurde unbezahlter Urlaub beantragt?

- Nein
 Ja

Ich lebe mit der Pflegeperson in häuslicher Gemeinschaft

- Nein
 Ja

Die genannte Pflegeperson hat im laufenden Kalenderjahr bereits einen anderen Pflegebedürftigen gepflegt

- Nein
 Ja, von _____ bis _____

Name und Anschrift dieser anderen pflegebedürftigen Person

Name Vorname

Anschrift (Straße Hausnummer, PLZ Ort)

Als Bevollmächtigte/-r/Betreuer/-in wurde eingesetzt bzw. bestimmt

Name Vorname Telefon*

Anschrift (Straße Hausnummer, PLZ Ort)

- Kopie der Betreuungsurkunde/Vollmacht ist beigelegt
 Kopie der Betreuungsurkunde/Vollmacht liegt Ihnen vor

Datum

Unterschrift der/des Versicherten/Betreuerin/Betreuers/Bevollmächtigten

*Die Angabe der Telefonnummer ist freiwillig.

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.
Ihre Angaben werden vertraulich behandelt und unterliegen dem Datenschutz.
Weitere Informationen zum Datenschutz und Ihre Rechte nach der EU-Datenschutz-Grundverordnung finden Sie auf unserer Homepage
www.daimler-bkk.com, Webcode 139.