
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.

Bsp. Arztbesuch, Frisör (allgemeine Angaben sind ausreichend)

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: _____)

von einem Pflegedienst in einer Pflegeeinrichtung von einer selbst beschafften Ersatzpflegekraft

Name/Anschrift/Telefonnummer*

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: _____

Ich erhalte Leistungen der Eingliederungshilfe nach §§ 53 ff. SGB XII von anderen Leistungsträgern

nein ja, Leistungsträger ist: _____

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