



Antrag auf Leistungen der Verhinderungspflege

Angaben zur Person

Name, Vorname des/der Pflegebedürftigen, Geburtstag, Krankenversicherungsnummer

Ich beantrage hiermit folgende Leistungen:

Stundenweise Verhinderungspflege

Stundenweise Verhinderungspflege kann beantragt werden, wenn die Pflegeperson an einzelnen Tagen weniger als acht Stunden verhindert ist (z. B. um am Vormittag oder Nachmittag Einkäufe, Behördengänge oder Ähnliches zu erledigen). Voraussetzung ist ferner, dass die Pflegeperson an diesen Tagen auch selbst eine Pflegeleistung erbringt.

Tageweise Verhinderungspflege

Tageweise Verhinderungspflege kann beantragt werden, wenn die Pflegeperson für einen zusammenhängenden Zeitraum mit Ausnahme des ersten und letzten Tages mindestens acht Stunden verhindert ist

Die stunden – bzw. tageweise Verhinderungspflege ist erforderlich,

- weil meine Pflegeperson wegen Urlaubs vorübergehend verhindert ist.
- weil meine Pflegeperson wegen Krankheit vorübergehend verhindert ist.
- weil meine Pflegeperson aus sonstigen Gründen vorübergehend verhindert ist.

Verhinderungsgrund

Ich werde seit _____ von folgender Person in der häuslichen Umgebung gepflegt.

Name der Pflegeperson

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Die Verhinderungspflege wird in folgendem Zeitraum durchgeführt

von _____ bis _____

Die Verhinderungspflege wird durchgeführt durch

eine erwerbsmäßig tätige Pflegeperson (Pflegekraft eines Pflegedienstes o. Ä.)

Name der Einrichtung/des Pflegedienstes

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

eine Privatperson (Angehörige, Verwandte, Nachbarn o. Ä.)

Name, Vorname der Privatperson

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Sind Sie mit der Privatperson verwandt oder verschwägert?

Ja, in folgender Weise _____

Nein

Leben Sie mit der Privatperson in häuslicher Gemeinschaft?

Ja

Nein

Ich wünsche den Übertrag der nichtverbrauchten Mittel der Kurzzeitpflege in Höhe von 806,00 Euro.

Ja

Datenschutzhinweis (§ 67a Abs. 1 SGB X, Artikel 5 Abs. 1 DSGVO): Ihre Daten werden aufgrund der Vorschriften des Sozialgesetzbuches und der Datenschutzgrundverordnung zur Erfüllung gesetzlicher Aufgaben unserer Pflegekasse erhoben und vertraulich verwendet. Mit Ihrer Unterschrift willigen Sie der Verarbeitung ein. Weitere Informationen zum Thema Datenschutz finden Sie unter www.audibkk.de/datenschutz.

Datum

X

Unterschrift Versicherter/Betreuer oder gesetzl. Vertreter