



An

DAS Pflegeinformationsportal

Pflegekasse

Antrag auf Leistungen bei Verhinderung der Pflegeperson

Allgemeine Angaben

Art der Verhinderungspflege:

- tageweise
 stundenweise
 stationär

Zeitraum:

Von: _____ bis: _____

Die Hälfte des Anspruches auf Kurzzeitpflege (maximal € 806,00) soll als Verhinderungspflege in Anspruch genommen werden.

ja nein

Angaben zur versicherten Person

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Versichertennummer: _____

Adresse: _____

Besteht die Pflegebedürftigkeit seit über 6 Monaten?

ja nein

Angaben zur Pflegeperson

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Liegt zur pflegebedürftigen Person ein Verwandtschafts-/ Schwägerschaftsverhältnis 1. oder 2. Grades* vor?

ja nein

Lebt die Pflegeperson mit der pflegebedürftiger Person in einer häuslicher Gemeinschaft?

ja nein

Grund der Verhinderung:

Krankheit Erholungsurlaub sonstiger Grund

Angaben zum Leistungserbringer

Privatperson

Name, Adresse

Pflegedienstleister (ambulant/stationär)

Name, Adresse

Die Abrechnung soll direkt mit dem Leistungserbringer erfolgen.

ja nein

Die Richtigkeit der hier gemachten Angaben wird bestätigt.

Ort, Datum

Unterschrift des Versicherten bzw. gesetzl. Betreuers
oder Bevollmächtigten