

# Antrag auf Leistungen der Pflegekasse bei Verhinderung einer Pflegeperson

Name des/der pflegebedürftigen Versicherten	Geburtsdatum	KV-Nummer
Anschrift		Telefonnummer

## Pflegeperson

Name, Vorname	Anschrift
Zeitraum der Verhinderung (TTMMJJJJ) vom	bis

Die Verhinderungspflege wird stundenweise durchgeführt.

### Grund der Verhinderung

Erholungsurlaub     Krankheit     sonstige Gründe: \_\_\_\_\_

Die häusliche Pflege wurde in den letzten 6 Monaten durch die oben genannte Pflegeperson erbracht.

## Angaben zur Ersatzpflegekraft

**a) Privatperson**

Name, Vorname	Anschrift	
Telefon-Nr.	Geburtsdatum	Krankenkasse

Zur pflegebedürftigen Person liegt ein Verwandtschafts-/ Schwägerschaftsverhältnis 1. oder 2. Grades\* oder häusliche Gemeinschaft vor

\* Verwandtschaft bis 2. Grad: Kinder, Eltern, Enkelkinder, Großeltern, Geschwister  
\* Verschwägerung bis 2. Grad: Stiefkinder, Schwiegersöhne-/töchter, Stief-/Schwiegereltern, Schwieger-/Stiefenkel, Ehegatten von Geschwistern, Großeltern des Ehegatten, Stief-großeltern

ja     nein

Innerhalb der letzten 12 Monate habe ich in der Zeit vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ eine weitere Ersatzpflege durchgeführt.

Name des/der weiteren Pflegebedürftigen	ggf. KV-Nummer/Geburtsdatum	Zuständige Pflegekasse
---	-----------------------------	------------------------

**b) Einsatz eines Pflegedienstes**

Name und Anschrift des Pflegedienstes

**c) Stationärer Heimaufenthalt / Behindertenfreizeit**

Name und Anschrift des Heimes / Veranstalters

**Eine direkte Abrechnung mit der Einrichtung wird gewünscht**

Die Richtigkeit vorstehender Angaben wird hiermit bestätigt.

Ort, Datum

Unterschrift der Ersatzpflegekraft

Ort, Datum (TTMMJJJJ)
-----------------------

Unterschrift des Versicherten bzw. gesetzl. Betreuers oder Bevollmächtigten