

Antrag auf Verhinderungspflege

Bitte fülle den Antrag in Druckbuchstaben und in den dafür vorgesehenen Feldern aus. Schicke die Unterlagen lose zurück – nicht geklammert oder geheftet. ♥

Deine Angaben (Absender:in)

Vorname und Name der/des Versicherten

Versichertennummer / Ihr Zeichen

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

1 Ich beantrage

- ☐ **tageweise Verhinderungspflege:** Meine Pflegeperson ist mindestens acht Stunden am Tag verhindert (z. B. Urlaubsreise, Aufenthalt im Krankenhaus).
- ☐ **stundenweise Verhinderungspflege:** Meine Pflegeperson ist weniger als acht Stunden am Tag verhindert (z. B. für Einkäufe, Behördengänge oder Freizeitaktivitäten).

Ich werde bereits seit sechs Monaten zu Hause gepflegt.

☐ ja ☐ nein

2 Zeitraum der Verhinderung

vom (Datum)

bis (Datum)

einzelner Tag (Datum)

oder

Grund der Verhinderung: ☐ Urlaub der Pflegeperson ☐ sonstige Gründe

3 Welche Pflegeperson ist verhindert?

Angaben nur erforderlich, wenn du mehrere private Pflegepersonen hast.

Name der verhinderten Pflegeperson

Vorname der verhinderten Pflegeperson

Geburtsdatum der verhinderten Person

4 Wer übernimmt die Pflege?

☐ private Vertretungskraft ☐ Pflegedienst ☐ stationäre Pflegeeinrichtung

Vorname und Name der privaten Vertretung / Name des Pflegedienstes / Name der stationären Pflegeeinrichtung

Straße

Nr.

PLZ

Ort

Telefonnummer der Vertretungskraft (freiwillig, mit Einverständnis)

Die Vertretungskraft lebt mit mir in einem Haushalt.

☐ ja ☐ nein

Mit der Vertretungskraft bin ich bis zum zweiten Grad verwandt bzw. verschwägert.

☐ ja ☐ nein

Art der Verwandtschaft oder Schwägerschaft (z. B. Enkelin, Schwiegersohn)

5 Nutzung meines Anspruchs auf Kurzzeitpflege

Angabe nur erforderlich für Leistungszeiträume bis 30.06.2025.

Reichen die Mittel der Verhinderungspflege nicht aus, möchte ich meinen Anspruch auf Kurzzeitpflege verwenden. Dies ist nur möglich, wenn der Anspruch noch nicht verbraucht wurde.

☐ ja ☐ nein

6 Beratung

Ich wünsche eine Beratung durch meine Pflegekasse.

☐ ja ☐ nein

Ich bin tagsüber erreichbar unter folgenden Telefonnummern (Angaben sind freiwillig)

Gut zu wissen

Die Verarbeitung der Daten erfolgt zur Leistungsgewährung nach § 39 SGB XI. Deine Pflegekasse speichert diese für 6 Jahre und löscht sie anschließend. Sofern die gesetzlichen Voraussetzungen vorliegen, gibt es ein Recht auf Auskunft, Berichtigung und Löschung oder Einschränkung sowie das Recht auf Datenübertragbarkeit.

Unterschrift

Datum

Unterschrift der/des Versicherten bzw. der/des Bevollmächtigten