

Antrag auf Verhinderungspflege

§ 39 SGB XI · Bitte ausgefüllt an Ihre Pflegekasse senden

Name der Pflegekasse

Name, Vorname

Straße, Hausnummer

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

PLZ, Ort

Datum (Berlin, den)

Versicherungsnummer

Antrag auf Leistungen der Verhinderungspflege gemäß § 39 SGB XI

Sehr geehrte Damen und Herren,

seit dem Beginn der Pflegebedürftigkeit werde ich zu Hause gepflegt. Meine Pflegeperson wird

ab dem bis voraussichtlich

vollständig (tägl. 8 Std. und mehr)

wegen Erholungsurlaub

stundenweise (tägl. weniger als 8 Std.)

wegen sonstiger Gründe:

verhindert sein. Für die Dauer der Verhinderung wird die Pflege von:

Name: AlleFarben Alltagshilfe GmbH

Anschrift: Goethestr. 58, 10625 Berlin

Pflegeperson:

Verwandtschaftsgrad:

In häusl. Gemeinschaft lebend? Nein

durchgeführt.

Mit freundlichen Grüßen

Unterschrift der pflegebedürftigen Person / bevollmächtigten Person