

Antrag auf Leistungen der Pflegekasse bei Verhinderung einer Pflegeperson

Name des/der pflegebedürftigen Versicherten

/
KV-Nummer/Geburtsdatum

Anschrift

Telefonnummer

Pflegeperson

Name, Vorname

Anschrift

Telefon

Zeitraum der Verhinderung

vom _____

bis _____

Die Verhinderungspflege wird stundenweise durchgeführt/Anzahl der Stunden _____.

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

Im laufenden Kalenderjahr habe ich in der Zeit vom _____ bis _____ eine weitere Ersatzpflege durchgeführt.

Name des/der weiteren Pflegebedürftigen

/
ggf. KV-Nummer/Geburtsdatum

Telefonnummer

zuständige Pflegekasse

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, Stiefgroßeltern

ja nein

b) Einsatz eines Pflegedienstes

Name und Anschrift des Pflegedienstes

c) Stationärer Heimaufenthalt

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

Unterschrift des Versicherten bzw. gesetzl. Betreuers oder Bevollmächtigten

Antrag auf Kostenerstattung bei einer Verhinderungspflege durch Privatperson(en)

Bitte diese Seite nach Beendigung der Maßnahme einreichen

Name, Vorname des/der pflegebedürftigen Versicherten / KV-Nummer/Geburtsdatum

Verhinderungspflege in der Zeit vom _____ bis _____

Nur bei Verwandten/Verschwägerten bis zum 2. Grad oder bei häuslicher Gemeinschaft auszufüllen:

Eine Kostenerstattung der Pflegekasse wird beantragt, weil der Ersatzpflegekraft

Fahrtkosten entstanden sind

mit einem öffentlichen Verkehrsmittel (Nachweis der Höhe erforderlich)

mit dem Privat-PKW

Fahrstrecke:
Fahrt(en) von _____ nach _____ km/insgesamt: _____

ein Verdienstaussfall entstanden ist (Bescheinigung des Arbeitgebers erforderlich)

Der Erstattungsbetrag soll auf das Konto des/der Versicherten überwiesen werden.

Eine Überweisung wird auf folgende Bankbindung erbeten:

IBAN BIC

Kontoinhaber Anschrift

Ort, Datum Unterschrift der Ersatzpflegekraft

Bei sonstigen Pflegepersonen:

Ich bestätige hiermit, von Frau/Herrn _____ für geleistete Verhinderungspflege
einen Gesamtbetrag in Höhe von _____ EUR erhalten zu haben. Dieser
Gesamtbetrag beinhaltet auch entstandene Fahrtkosten und Verdienstaussfall.

Ort, Datum Unterschrift der Ersatzpflegekraft

Die Richtigkeit vorstehender Angaben wird hiermit bestätigt.

Ort, Datum Unterschrift des Versicherten bzw. gesetzlichen Betreuers oder Bevollmächtigten