

Bitte senden an:

Antrag auf Leistungen bei Verhinderung der Pflegeperson

Allgemeine Angaben zum Pflegebedürftigen

Name, Vorname	Geburtsdatum	Krankenversicherungsnummer
Anschrift	Vorwahl	Rufnummer

Angaben zur Verhinderungspflege

Ich beantrage die Übernahme der Kosten der Verhinderungspflege für meine Pflegeperson

bisherige Pflegeperson (Name, Vorname)	Geburtsdatum	
Anschrift	Vorwahl	Rufnummer

Zeitraum der Verhinderung

Vom _____ bis _____

- ☐ **stundenweise weniger als 8 Stunden am Tag** verhindert ist wegen sonstiger Gründe (z. B. Arztbesuche, Einkäufe oder Behördengänge)

Gründe bitte angeben

- ☐ **tageweise mindestens 8 Stunden am Tag** verhindert ist wegen

☐ Urlaub ☐ Krankheit ☐ RehaMaßnahme

☐ sonstiger Gründe:

Gründe bitte angeben

Während der Abwesenheit der bisherigen Pflegeperson soll die Pflege erbracht werden

☐ **durch eine Privatperson**

Name der Privatperson

Straße

Hausnummer

PLZ

Ort

Vorwahl

Rufnummer

Ich bin mit der Ersatzpflegeperson bis (sollten beide Angaben zutreffen, ist ein Kreuz ausreichend)

☐ zum 2ten Grad verwand oder verschwägert

oder

☐ lebt mit ihr in einer häuslichen Gemeinschaft

☐ **durch einen Pflegedienst oder eine stationäre Einrichtung**

IK-Nummer des Pflegedienstes / der stationären Einrichtung

Name des Pflegedienstes / der stationären Einrichtung

☐ Ich bin damit einverstanden, dass der oben genannte Pflegedienst oder die stationäre Einrichtung die Kosten direkt mit der DAK-Gesundheit abrechnet. Dies gilt nur, für die beantragte Verhinderungspflege.

Weitere Angaben zur Verhinderungspflege

☐ Ich beantrage die Übertragung des anteiligen Leistungsbudgets der Kurzzeitpflege auf die Leistungen der Verhinderungspflege (**siehe beigefügtes Informationsblatt unter Besonderheiten**)

Nur beantworten, wenn Verhinderungspflege zum ersten Mal beantragt wird:

Ich wurde bisher in meinem Haushalt gepflegt über einen Zeitraum

☐ **länger** als 6 Monate

☐ **kürzer** als 6 Monate

☐ Diesem Antrag liegt bereits eine Kostenabrechnung für meine private Ersatzkraft bei.

Ort und Datum

Unterschrift des Versicherten/Betreuers/Bevollmächtigten
Mit ihrer Unterschrift bestätigen Sie die Richtigkeit der Angaben.

Datenschutzhinweis: Diese Daten werden nach § 60 SGB I in Verbindung mit § 94 SGB XI erhoben.