



Versicherungsnummer: _____

Quittung zur Verhinderungspflege

von Name, Vorname _____

Zeitraum der Verhinderungspflege vom _____ bis _____

Die Verhinderungspflege erfolgte

- stundenweise* (z. B. Arzttermine) – Bitte verwenden Sie hierzu die Folgeseite.
 nicht stundenweise (z. B. wegen Urlaub oder Krankheit)

Ausgefallene Pflegeperson

Name, Vorname _____

Anschrift _____

- ehrenamtlich (z. B. Angehörige, Nachbarn)
 erwerbsmäßig (z. B. Pflegedienst, ausländische Pflegekräfte)

Ersatzpflegeperson

Name, Vorname _____

Anschrift _____

Ich bin mit der pflegebedürftigen Person (bitte Zutreffendes ankreuzen)

- verwandt** bzw. verschwägert*** bis zum zweiten Grad oder lebe mit ihr in häuslicher Gemeinschaft.
 weder verwandt noch verschwägert, noch gemeinsam im Haushalt lebend.

Ich bestätige, für meine Pflege Tätigkeit den Betrag in Höhe von _____ EUR erhalten zu haben.

Datum und Unterschrift der Ersatzpflegeperson

* Die eigentliche Pflegeperson ist weniger als 8 Stunden abwesend.

** Verwandte (§ 1589 BGB) bis zum zweiten Grad sind Eltern, Kinder (einschließlich der für ehelich erklärten und angenommenen Kinder), Großeltern, Enkelkinder und Geschwister.

*** Verschwägte (§ 1590 BGB) bis zum zweiten Grad sind Stiefeltern, Stiefkinder, Stiefenkelkinder (Enkelkinder des Ehegatten), Schwiegereltern, Schwiegerkinder (Schwiegersohn/-tochter), Schwiegerenkel (Ehegatten der Enkelkinder), Großeltern der Ehegatten, Stiefgroßeltern, Schwager, Schwägerin.

