

## Antrag auf Leistungen der Verhinderungspflege

Versicherungsnummer \_\_\_\_\_

Name, Vorname \_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer \_\_\_\_\_

PLZ, Wohnort \_\_\_\_\_

Telefonnummer (für Rückfragen) \_\_\_\_\_

**1. Ich beantrage Leistungen der Verhinderungspflege:**

- wegen Urlaub meiner Pflegeperson
- wegen Krankheit meiner Pflegeperson
- wegen sonstiger Gründe

**2. Ich beantrage die Leistung für den Zeitraum:**

vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

**3. Ich möchte folgende Pflegeeinrichtung / Pflegeperson in Anspruch nehmen:**

(Name oder Bezeichnung, Anschrift und Telefonnummer der Pflegeperson beziehungsweise Einrichtung)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**4. Die private Pflegeperson ist mit mir bis zum zweiten Grade verwandt oder verschwägert oder lebt mit mir in häuslicher Gemeinschaft. (siehe Anlage)**

- ja  nein

**5. Die Verhinderungspflege wird nur stundenweise\* durchgeführt.**

(\*Eine stundenweise Verhinderungspflege liegt vor, wenn die Pflege täglich unter 8 Stunden liegt beziehungsweise die eigentliche Pflegeperson nicht mehr als 8 Stunden abwesend ist.)

- ja  nein

\_\_\_\_\_  
Datum und Unterschrift der/des Versicherungsnehmerin/s oder deren/dessen Bevollmächtigten