

# Antrag auf Leistungen der Verhinderungspflege

» Nennen Sie uns hier bitte die Angaben zur pflegebedürftigen Person:

Vor- und Nachname

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

Geburtsdatum

Versichertennummer der Krankenkasse

Straße + Hausnummer

Postleitzahl + Wohnort

Telefonnummer

» Nennen Sie uns hier bitte die Angaben zur verhinderten (pflegenden) Person:

Vor- und Nachname

Straße + Hausnummer

Postleitzahl + Wohnort

Telefonnummer

» Nennen Sie uns hier bitte die näheren Angaben zur Verhinderungspflege:

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

Zeitraum der Verhinderungspflege [in Tagen]

**Ich beantrage hiermit:**

tageweise Verhinderungspflege  stundenweise Verhinderungspflege

**Als Ersatz-Pflegekraft für die Pflege war tätig:**

Vor- und Nachname der Ersatz-Pflegekraft

**Art der Verwandtschaft oder Schwägerschaft:**

Die Ersatz-Pflegekraft ist nicht mit mir verwandt oder verschwägert

Die Ersatz-Pflegekraft lebt nicht mit mir in häuslicher Gemeinschaft

Grund der Verhinderungspflege (Urlaub, Krankheit, Arztbesuch oder sonstiges)

Ort und Datum

Unterschrift des Versicherten / des Betreuers od, gesetzl. Vertreters