

Antrag auf Leistungen der Urlaubs- / Verhinderungspflege im Sinne des

Name, Vorname der/des Versicherten

Geburtsdatum

Anschrift

Telefon (freiwillige Angabe)

Versichertennummer

Die häusliche Pflege wird durchgeführt seit: _____

durch folgende Pflegeperson/en:

Name, Vorname

Geburtsdatum

Name, Vorname

Geburtsdatum

- Ich beantrage die Kostenübernahme für eine Ersatzpflegekraft, weil die bisherige(n) Pflegeperson(en) vorübergehend an der Pflege gehindert ist/sind

wegen Erholungsurlaubs. wegen Krankheit.

aus anderen Gründen, und zwar: _____

- Während der Abwesenheit der bisherigen Pflegeperson soll die Pflege erbracht werden von

Name, Vorname und Anschrift der Pflegeperson bzw. Name und Anschrift des Pflegedienstes

in meinem Haushalt.

außerhalb meines Haushalts, und zwar im Haushalt von:

Name, Vorname, Anschrift

außerhalb meines Haushalts, und zwar in folgender Einrichtung

Name, Anschrift der Einrichtung

- Die Ersatzpflegekraft ist mit mir verwandt oder verschwägert

ja, es handelt sich um mein/e _____

nein.

Bitte beachten Sie die Rückseite!

- Voraussichtliche Dauer der häuslichen Pflege durch die Ersatzpflegekraft:

vom _____ bis _____ .

Voraussichtliche Kosten : _____ EUR

- Die Verhinderungspflege wird stundenweise erbracht.

An folgenden Tagen (Datum): _____

Anzahl der Stunden pro Tag: _____

Ort, Datum

Unterschrift der/des Versicherten bzw. der/des Bevollmächtigten
oder gerichtlich bestellten Betreuerin/Betreuers

Datenschutzhinweis (§ 67 a Absatz 3 Sozialgesetzbuch, Zehntes Buch (SGB X)):

Damit wir unsere Aufgaben rechtmäßig erfüllen können, ist Ihr Mitwirken nach §§ 7, 28 SGB XI, § 60 SGB I erforderlich. Ihre Daten sind im vorliegenden Fall auf Grund § 94 SGB XI zu erheben. Fehlt Ihre Mitwirkung, kann dies zu Nachteilen (z. B. bei den Leistungsansprüchen) führen. Ihre Mitwirkungspflicht entfällt gem. § 65 SGB I nur, soweit im Einzelfall besondere Gründe dazu führen, dass Ihnen die Mitwirkung ausnahmsweise nicht zugemutet werden kann.