KE 3067

Barmenia Gothaer

Gothaer Krankenversicherung AG
Kundenservice Leistung
Pflegeversicherung
50598 Köln
Telefon 0221 308–22093
Telefax 0221 308–24444
E-Mail kv_leistung@gothaer.de
Internet www.gothaer.de

Antrag auf Kostenübernahme Verhinderungspflege/Kurzzeitpflege

Bitte beachten Sie: Leistungen für Verhinderungspflege können nur erbracht werden, wenn ein Antrag auf Erstattung unter Nachweis der Kosten bis zum Ablauf des Kalenderjahres gestellt wird, das auf die Durchführung der Verhinderungspflege folgt.

Versicherungsnummer **Name versicherte Person** Datum

Welche Person, die Sie bisher gepflegt hat, ist verhindert?

Name, Vorname: ..... Anschrift: .....

Ganztägige Verhinderung

Die vorgenannte Pflegeperson ist/war durchgehend vom ..... bis ..... verhindert.
Aus welchem Grunde?
☐ Urlaub/Erholung ☐ Krankheit ☐ Anderweitige Verhinderung, nämlich .....

Stundenweise Verhinderung

Die vorgenannte Pflegeperson ist/war nur stundenweise verhindert

☐ am ..... für ..... Stunden wegen .....

☐ vom ..... bis .....

☐ regelmäßig für ..... Stunden wegen .....
Bitte geben Sie die einzelnen Daten in Ihrem Antrag auf Erstattung an.

☐ unregelmäßig und aus unterschiedlichen Gründen. Bitte geben Sie die genauen Daten mit den jeweiligen Verhinderungsgründen in Ihrem Antrag auf Erstattung an.

Bitte beachten Sie, dass ein Ausfall nur für Zeiten anerkannt werden kann, zu denen die Pflegeperson üblicherweise pflegt.

Kurzzeitpflege

Die Kurzzeitpflege ist/war vom ..... bis ..... erforderlich.

Bitte reichen Sie die Rechnungen für einen Aufenthalt immer zusammen ein. Die Rechnung sollte zusammenhängend und nicht monatsweise erstellt werden.

Die Verhinderungspflege/Kurzzeitpflege wird/wurde erbracht durch

Name: ..... Anschrift: .....

☐ private Ersatzpflegeperson

☐ ambulante ☐ teilstationäre ☐ vollstationäre Pflegeeinrichtung

☐ Kurzzeitpflegeeinrichtung

☐ sonstige ambulante Einrichtung ☐ sonstige stationäre Einrichtung

Versicherungsnummer **Name versicherte Person**

Nur bei Inanspruchnahme einer privaten Ersatzpflegeperson auszufüllen:

Sind Sie mit der Ersatzpflegeperson verwandt?	☐ Ja	☐ Nein
Es handelt sich um meine(n)		
Leben Sie mit der Ersatzpflegeperson in einem Haushalt?	☐ Ja	☐ Nein
Erfolgte eine Rechnungsstellung für die Ersatzpflege?	☐ Ja	☐ Nein
Der Ersatzpflegeperson sind notwendige Aufwendungen entstanden. Bitte reichen Sie uns Kostenbelege/Nachweise für entstandene Aufwendungen ein.	☐ Ja	☐ Nein
Wurde von der Ersatzpflegeperson im betroffenen Kalenderjahr bereits eine andere pflegebedürftige Person für mehr als eine Woche gepflegt?	☐ Ja	☐ Nein

Ort, Datum

Unterschrift

Barmenia Gothaer

Antrag auf Auszahlung von Verhinderungspflege durch private Ersatzpflegeperson

KE 3064

Versicherungsnummer | **Name versicherte Person** | Datum

Ganztägige Verhinderung

von	bis	Verhinderungsgrund	Vergütung

Stundenweise Verhinderung

Datum		Stunden	Verhinderungsgrund	Vergütung
	für			
	für			
	für			
	für			
	für			
	für			
	für			
	für			
	für			
	für			
	für			
	für			
	für			
	für			
	für			

Weitere Daten bitte gegebenenfalls auf einem Beiblatt aufführen.

Die Verhinderungspflege erfolgte durch:

Name, Vorname:

Anschrift:

Ich habe die Verhinderungspflege gemäß den obigen Angaben durchgeführt und die Vergütung erhalten.

Ort, Datum | Unterschrift Ersatzpflegeperson