

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 NeinErfolgte eine Rechnungsstellung für die Ersatzpflege? Ja NeinDer Ersatzpflegeperson sind notwendige Aufwendungen entstanden. Ja Nein

Bitte reichen Sie uns Kostenbelege/Nachweise für entstandene Aufwendungen ein.

Wurde von der Ersatzpflegeperson im betroffenen Kalenderjahr bereits eine andere pflegebedürftige Person für mehr als eine Woche gepflegt? Ja Nein

Ort, Datum

Unterschrift

