



Pflegekasse

Absender

BARMER
73524 Schwäbisch Gmünd

Ihr Schreiben vom
Ihr Zeichen

Antrag auf Verhinderungspflege

- Bitte füllen Sie den Antrag in Druckbuchstaben aus! -

Ich beantrage:

- ☐ **tageweise Verhinderungspflege:** Meine Pflegeperson ist mindestens acht Stunden am Tag verhindert (z. B. Urlaubsreise, Aufenthalt im Krankenhaus).
- ☐ **stundenweise Verhinderungspflege:** Meine Pflegeperson ist weniger als acht Stunden am Tag verhindert (z. B. für Einkäufe, Behördengänge oder Freizeitaktivitäten).

Zeitraum der Verhinderung

Datum Datum Kalenderjahr

vom bis oder

Grund der Verhinderung

- ☐ Urlaub der Pflegeperson
- ☐ sonstige Gründe

Welche Pflegeperson ist verhindert? (Angaben nur erforderlich, wenn Sie mehrere private Pflegepersonen haben.)

Vorname der verhinderten Pflegeperson Geburtsdatum der verhinderten Person

Name der verhinderten Pflegeperson

Ich werde bereits seit sechs Monaten zu Hause gepflegt.

☐ nein ☐ ja

Bitte Unterlagen lose und nicht geklammert oder geheftet zurück schicken.

Ihr Zeichen

Wer übernimmt die Pflege?

Vorname und Name der privaten Vertretung/Name des Pflegedienstes/Name der stationären Pflegeeinrichtung

Telefonnummer der Vertretungskraft (freiwillige Angabe mit Einverständnis der Vertretungskraft)

Mit der Vertretungskraft bin ich bis zum zweiten Grad verwandt bzw. verschwägert?

Die Vertretungskraft lebt mit mir in einem Haushalt ☐ nein ☐ ja

Reichen die Mittel der Verhinderungspflege nicht aus, möchte ich bis zu 806,00 Euro meines Anspruchs auf Kurzzeitpflege verwenden. Dies ist nur möglich, wenn der Anspruch noch nicht verbraucht wurde.

Beratung

Unterschrift

Ich bin tagsüber erreichbar unter
Telefonnummer (Angabe ist freiwillig)