

### Antrag auf Verhinderungspflege

Die Erhebung der Daten beruht auf §§ 36, 37, 38 und 43 Sozialgesetzbuch XI (SGB XI) und ist zur rechtmäßigen Erfüllung unserer Aufgaben erforderlich. Zur Mitteilung der erfragten Angaben sind Sie nach § 60 SGB I verpflichtet. Die Angabe der Telefon-Nr. sowie die Einwilligung zur Datenerhebung sind freiwillig. Unterbleibt Ihre Mitwirkung, soweit sie nicht freiwillig sind, dürfen wir unsere Leistungen nach § 66 SGB I einschränken.

Name, Vorname der/s Versicherten	Geburtsdatum/Versicherungsnummer
Anschrift	Telefonnummer

Hiermit beantrage ich ab \_\_\_\_\_ vorauss. bis \_\_\_\_\_ Verhinderungspflege.

Verhindert ist folgende Pflegeperson:

Name und Anschrift der Pflegeperson
-------------------------------------

Der Grund der Verhinderung:

- Urlaub der Pflegeperson
- Krankheit der Pflegeperson
- \_\_\_\_\_

Die Verhinderungspflege wird sichergestellt durch:

eine stationäre Einrichtung

Name und Anschrift der Einrichtung
------------------------------------

einen ambulanten Pflegedienst

Name und Anschrift des Pflegedienstes
---------------------------------------

folgende Pflegeperson

Name und Anschrift der Pflegeperson	Verwandtschaftsverhältnis
-------------------------------------	---------------------------

Ich möchte die noch nicht in Anspruch genommenen Mittel der Kurzzeitpflege in diesem Kalenderjahr auf den Leistungsbetrag der Verhinderungspflege übertragen.

- ja                       nein

Die Aufwendungen sollen folgendem Konto gutgeschrieben werden:

IBAN (International Bank Account Number): _____	Geldinstitut:
BIC (Bank Identifier Code):	Kontoinhaber:

Datum, Unterschrift der/des Pflegebedürftigen bzw. Bevollmächtigten