

Antrag auf Verhinderungspflege

Datenschutzhinweis: Die Erhebung der Daten beruht auf §§ 36 – 43 SGB XI und ist zur rechtmäßigen Erfüllung unserer Aufgaben nach § 94 Abs. 1 SGB XI 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 ist, dürfen wir unsere Leistungen nach § 66 SGB I einschränken. Weiterführende Informationen zum Datenschutz, zu Ihren Mitwirkungspflichten sowie die Kontaktdaten des Datenschutzbeauftragten der IKK gesund plus finden Sie auf der Internetseite: www.ikk-gesundplus.de/dsgvo. Diese Informationen können Ihnen auf Wunsch selbstverständlich auch gern per Post zugesendet werden.

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 (tageweise)
- ☐ Krankheit der Pflegeperson (tageweise)
- ☐ Entlastung / Verhinderung der Pflegeperson (weniger als 8 Stunden täglich)
- ☐ Entlastung / Verhinderung der Pflegeperson (täglich 8 Stunden oder mehr)

Die Verhinderungspflege wird sichergestellt durch:

- ☐ eine stationäre Einrichtung

Name und Anschrift der Einrichtung

- ☐ einen ambulanten Pflegedienst

Name und Anschrift des Pflegedienstes

- ☐ folgende Ersatzpflegekraft

Name und Anschrift der Ersatzpflegekraft	Geburtsdatum der Ersatzpflegekraft:
<input type="checkbox"/> Die Ersatzpflegekraft ist mein/ meine: <div style="display: flex; justify-content: space-between;"><div><input type="checkbox"/> (Schwieger-/Stief-) Kind oder Enkelkind</div><div><input type="checkbox"/> (Schwieger-/Stief-) Vater oder Mutter</div><div><input type="checkbox"/> Bruder/ Schwester</div></div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"><div><input type="checkbox"/> (Schwieger-/Stief-) Großvater oder Großmutter</div><div><input type="checkbox"/> Schwager / Schwägerin</div></div>	
<input type="checkbox"/> Die Ersatzpflegekraft ist nicht mit mir verwandt oder verschwägert. Sie steht in folgendem Verhältnis zu mir: _____	
Die Ersatzpflegekraft lebt mit mir in häuslicher Gemeinschaft: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

Datum, Unterschrift der/des Pflegebedürftigen bzw. Bevollmächtigte