

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 Kontaktadressen des Datenschutzbeauftragten der IKK gesund plus finden Sie auf der Internetseite: www.ikk-ge sundplus.de/dsgvo. Diese Informationen können Ihnen auf Wunsch selbstverständlich auch 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:

- Die Ersatzpflegekraft ist mein/ meine:

- (Schwieger-/Stief-) Kind oder Enkelkind (Schwieger-/Stief-) Vater oder Mutter Bruder/ Schwester
- (Schwieger-/Stief-) Großvater oder Großmutter Schwager / Schwägerin

- Die Ersatzpflegekraft ist nicht mit mir verwandt oder verschwägert.

Sie steht in folgendem Verhältnis zu mir: _____

Die Ersatzpflegekraft lebt mit mir in häuslicher Gemeinschaft: ja nein