

Antrag auf Verhinderungspflege

An die Pflegekasse

Name der Pflegekasse

Versichertennummer

Versicherte Person

Vorname

Nachname

Geburtsdatum

Telefon

E-Mail (optional)

Straße und Hausnummer

PLZ

Ort

Verhinderte Pflegeperson

Name der regulären Pflegeperson

Verhältnis zur versicherten Person

Grund der Verhinderung:

Urlaub

Krankheit

Sonstiger Grund

Zeitraum und Art der Ersatzpflege

Vom

Bis

Voraussichtliche tägliche Dauer

Stundenweise Verhinderungspflege

Tageweise / durchgehend

Ersatzpflege

Name / Pflegedienst

Verhältnis zur versicherten Person

Anschrift der Ersatzpflegeperson / des Pflegedienstes

Ambulanter Pflegedienst

Privatperson

Nahe Angehörige / gleicher Haushalt

Kostenerstattung

Rechnung direkt an die Pflegekasse

Erstattung an die versicherte Person

IBAN (nur bei Erstattung an die versicherte Person)

Unterschrift

Ort, Datum

Unterschrift der versicherten oder bevollmächtigten Person