

Antrag auf Leistungen bei Verhinderung der Pflegeperson (§ 39 SGB XI)

Angaben zur pflegebedürftigen Person

Name, Vorname		Geburtsdatum	
Straße	Hausnummer	Versichertennummer	
PLZ	Ort		Telefonnummer

Angaben zur Verhinderungspflege

Ich beantrage die Übernahme der Kosten für die Verhinderungspflege, weil die Pflegeperson verhindert ist:

Name, Vorname der Pflegeperson		Straße		Hausnummer
Telefonnummer		PLZ	Ort	

Grund der Verhinderung:

- Erholungsurlaub Krankheit sonstiger Gründe _____
- Die häusliche Pflege wurde in den letzten 6 Monaten durch die oben genannte Pflegeperson erbracht.

Art der Verhinderung:

- ganztägige Verhinderungspflege (mindestens 8 Stunden täglich) von _____ bis _____
- stundenweise Verhinderungspflege (weniger als 8 Stunden täglich) von _____ bis _____
- Zusätzlich möchte ich meinen Anspruch auf Kurzzeitpflege für die Verhinderungspflege verwenden.
(Nur möglich, soweit der Anspruch auf Kurzzeitpflege grundsätzlich besteht und nicht ausgeschöpft wurde)

Name, Vorname

Versichertennummer



Angaben zur Ersatzpflege

- Privatperson Pflegedienst Pflegeheim/Einrichtung Ferienfreizeit

Name, Vorname Pflegeperson/ -dienst/ -heim/ Ferienfreizeit

Straße

Hausnummer

Telefonnummer

PLZ

Ort

Die Privatperson ist mit mir verwandt oder verschwägert:

- nein ja Verwandtschaftsverhältnis/Verschwägerungsverhältnis: _____

Die Privatperson lebt im gemeinsamen Haushalt mit der/dem Pflegebedürftigen:

- nein ja

Die Richtigkeit vorstehender Angaben wird hiermit bestätigt.

Datum und Ort

Unterschrift des Versicherten oder des gesetzlichen Vertreters

Datum und Ort

Unterschrift der Ersatzpflegekraft

Datenschutzhinweis

Die Daten werden ausschließlich zur Erfüllung unserer Aufgaben nach § 94 Abs. 1 SGB XI zum Zwecke der Prüfung und Zahlung der Verhinderungspflege nach § 39 SGB XI erhoben und verarbeitet. Ihr Mitwirken ist nach § 60 SGB I erforderlich. Fehlende Mitwirkung kann zu Nachteilen führen, da wir dann ggf. über die Leistung der Verhinderungspflege nicht entscheiden können (§ 66 Abs. 1 SGB I).

Weitere Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten finden Sie auf unserer Internetseite www.debeka-bkk.de/datenschutz.

Debeka BKK Pflegekasse 56048 Koblenz | **Telefon** 0261 94143 - 0 | **Fax** 0261 94143 - 930 | info@debeka-bkk.de