

# 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 \_\_\_\_\_

### Art der Verhinderung:

ganztägige Verhinderungspflege (mindestens 8 Stunden täglich) von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

stundenweise Verhinderungspflege (weniger als 8 Stunden täglich) von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

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](http://www.debeka-bkk.de/datenschutz).

**Debeka BKK** Pflegekasse 56048 Koblenz | **Telefon** 0261 94143 - 0 | **Fax** 0261 94143 - 930 | [info@debeka-bkk.de](mailto:info@debeka-bkk.de)