



Anschrift der Pflegeversicherung

Absender / Antragssteller

(Ort, Datum)

Versicherungsnummer: _____

Antrag auf Verhinderungspflege

Sehr geehrte Damen und Herren,

Ich beantrage für die Zeit vom _____ bis _____ Leistungen der Verhinderungspflege, da meine Pflegeperson _____ aufgrund von _____ verhindert ist / war.

Hierbei handelt es sich um eine stundenweise Verhinderungspflege nein ja
(Meine Pflegeperson ist in dem Zeitraum weniger als acht Stunden täglich anwesend.)

Ich werde seit mindestens sechs Monaten gepflegt. nein ja

Die Pflege wird / wurde in dem genannten Zeitraum durchgeführt von / in
 einem Pflegedienst einer Pflegeeinrichtung einer anderen Ersatzpflegekraft

(Name, Anschrift, Telefonnummer)

Ich bin mit der Ersatzpflegekraft verwandt oder verschwägert:

nein ja, auf folgende Weise: _____

Die Ersatzpflegekraft lebt mit mir in häuslicher Gemeinschaft.

ja nein

Reichen die Mittel der Verhinderungspflege zur Finanzierung der Leistung nicht aus, sollen die zur Verfügung stehenden Ansprüche aus der Kurzzeitpflege übertragen werden. nein ja

Mit freundlichen Grüßen

(Name und Unterschrift des Antragsstellers)