

Antrag auf Verhinderungspflege

An die Krankenkasse

Absender

Datum _____

Versichertennummer _____

Häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson

Ich werde seit Datum (TT.MM.JJ) _____ zu Hause gepflegt

Die Pflegeperson wird ab Datum (TT.MM.JJ) _____ voraussichtlich bis Datum (TT.MM.JJ) _____

- vollständig (täglich acht Stunden und mehr)
- stundenweise (weniger als acht Stunden täglich)

wegen eines Erholungsurlaubs der Pflegeperson
 aus sonstigen Gründen
verhindert sein.

Für die Dauer der Verhinderung wird die Pflege durchgeführt von

Name und Anschrift der Ersatzpflegekraft

Sind Sie mit der Ersatzpflegekraft verwandt bzw. verschwägert?

- nein ja Verwandtschafts- bzw. Schwägerschaftsgrad

Für Rückfragen bin ich tagsüber telefonisch erreichbar unter _____ (Angabe ist freiwillig)

Datum/Unterschrift der/des Versicherten bzw. der/des Bevollmächtigten