

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 Verwandschafts- bzw. Schwägerschaftsgrad

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

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