

Antrag auf Pflegeleistungen bei Verhinderung der Pflegeperson und Kurzzeitpflege

Name, Vorname, Geburtstag	Pflegebedürftigen	Versicherungsnummer
Anschrift		Telefon
Ich beantrage ab _____ bis _____		
<input type="checkbox"/> Häusliche Pflege wegen Verhinderung der Pflegeperson (§ 39 SGB XI)		
Für diesen Zeitraum wird die Pflege durchgeführt von einer <input type="checkbox"/> Privatperson _____ <small>Name, Anschrift, Telefon-Nr.</small> berufstätig <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> die bisherige Pflegeperson ist an mehr als 8 Std. täglich an der Pflege verhindert. <input type="checkbox"/> Die Leistung soll stundenweise erfolgen (die Pflegeperson ist weniger als 8 Std. täglich an der Pflege verhindert) <input type="checkbox"/> Nachbar oder sonst. Person <small>Verwandtschaftsgrad</small> _____ <small>(z. B. Sohn, Schwiegertochter)</small> Die Ersatzpflegeperson lebt mit dem Pflegebedürftigen in häuslicher Gemeinschaft <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Im laufenden Kalenderjahr wurde bereits Verhinderungspflege beansprucht. _____ Tage /Betrag _____ €.		
Die Zahlung soll auf folgendes Konto erfolgen (nur erforderlich, wenn Unkosten erstattet werden):		
_____ <small>Name der Bank, BIC, IBAN</small> <input type="checkbox"/> Vertragspflegeeinrichtung <input type="checkbox"/> Pflegeperson _____ <small>Name, Anschrift der Einrichtung, Telefon</small> _____ <small>Name Pflegeperson</small>		
<input type="checkbox"/> Kurzzeitpflege (§ 42 SGB XI) da vorübergehend eine häusliche oder teilstationäre Pflege nicht möglich / nicht ausreichend ist.		
Name der Einrichtung: _____ _____ <small>Name, Vorname, Anschrift, Tel-Nr., Stellung zum Pflegebedürftigen (z. B. Betreuer)</small> <input type="checkbox"/> Im laufenden Kalenderjahr wurde bereits Kurzzeitpflege beansprucht für _____ Tage /Betrag _____ €.		
Grund der Verhinderung (z. B. Erholungsurlaub, Erkrankung der Pflegeperson, sonstige Gründe): <input type="checkbox"/> häusliche Pflege _____ <input type="checkbox"/> Stationäre Kurzzeitpflege: _____		
<input type="checkbox"/> Ich beantrage die Kombination/Übertragung von Leistungen der Verhinderungs-/Kurzzeitpflege auf die beantragte Leistung		
Bisher wurde ich mindestens 6 Monate in häuslicher Umgebung gepflegt <input type="checkbox"/> ja _____ <small>Name der Pflegeperson</small> <input type="checkbox"/> nein _____		

Datum

Unterschrift des Versicherten bzw. des Bevollmächtigten

Datenschutzhinweis: Um sachgerecht über Ihren Antrag entscheiden zu können, ist Ihre Mitwirkung nach § 60 SGB I erforderlich. Wir bitten Sie daher, die gestellten Fragen vollständig zu beantworten. Fehlt Ihre Mitwirkung, kann dies zu Nachteilen bei den Leistungsansprüchen nach § 39 (häusliche Pflege) und § 42 (Kurzzeitpflege) SGB XI führen.