

## Antrag auf Leistungen der Verhinderungspflege

_____	Öatum
Name, Vorname des Versicherten	Geburtsdatum
_____	Versichertennummer
Straße, Hausnummer	_____
Postleitzahl/Wohnort	Telefon

1. Ich beantrage:

**stundenweise** Verhinderungspflege

Stundenweise Verhinderungspflege kann beantragt werden, wenn die Pflegeperson an einzelnen Tagen **weniger als acht** Stunden verhindert ist (z. B. um am Vormittag oder Nachmittag Einkäufe, Behördengänge oder Ähnliches zu erledigen). Voraussetzung ist ferner, dass die Pflegeperson an diesen Tagen auch selbst eine Pflegeleistung erbringt.

2. Die stunden- bzw. tageweise Verhinderungspflege ist erforderlich:

weil meine Pflegeperson wegen **Urlaub** vorübergehend verhindert ist.

weil meine Pflegeperson wegen **Krankheit** vorübergehend verhindert ist.

weil meine Pflegeperson aus **sonstigen Gründen vorübergehend** verhindert ist.

Verhinderungsgrund:

\_\_\_\_\_

3. Ich werde seit: \_\_\_\_\_ von folgender Person in der häuslichen Umgebung gepflegt:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

4. Die Verhinderungspflege wird in folgendem Zeitraum durchgeführt:

\_\_\_\_\_

5. Die Verhinderungspflege wird durchgeführt durch:

eine erwerbsmäßig tätige Pflegeperson (Pflegekraft eines Pflegedienstes o. Ä.)

\_\_\_\_\_  
Name der Einrichtung/des Pflegedienstes

\_\_\_\_\_  
Anschrift der Einrichtung/des Pflegedienstes

6. Zusätzlich soll die Hälfte des Anspruches auf Kurzzeitpflege (806,--€) als Verhinderungspflege genutzt werden

\_\_\_\_\_  
**Datum und Unterschrift des Versicherten, des Betreuers oder gesetzlichen Vertreters**

**Datenschutzhinweis (§ 67a Abs. 3 SGB X):** Damit wir über Ihren Antrag auf Verhinderungspflege gem. § 39 SGB XI entscheiden können, ist Ihr Mitwirken nach §§ 7, 28 SGB XI, § 60 SGB I erforderlich. Ihre Daten sind im vorliegenden Fall auf Grund § 94 SGB XI zu erheben. Fehlt Ihre Mitwirkung, kann dies zu Nachteilen (z. B. bei den Leistungsansprüchen) führen. Die Angabe der Telefonnummer ist freiwillig.