

# Antrag auf häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson

(Bitte zutreffendes ankreuzen)

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Name des Pflegebedürftigen	Geburtsdatum	Krankenkasse
<input type="text"/>		<input type="text"/>
<input type="text"/>		Versicherungsnummer
Anschrift		

1. Ich beantrage die Kostenübernahme für eine Verhinderungspflege,  Stundenweise (unter acht Stunden / Tag)  
weil mich meine Pflegeperson  acht oder mehr Stunden / Tag  
wegen  Erholungsurlaub  
 Krankheit  
 zur Entlastung der Pflegeperson

in der Zeit vom \_\_\_\_\_ bis voraussichtlich zum \_\_\_\_\_ nicht pflegen kann.

2. Die Verhinderungspflege wird übernommen von

- einer privaten Pflegekraft

_____	_____
Name, Vorname	Telefon-Nr.
_____	
Anschrift	

- Die Pflegekraft lebt in meinem Haushalt  ja  nein  
Die Pflegekraft ist mit mir verwandt oder verschwägert  ja  nein

falls ja, bitte Verwandtschafts-/Schwägerschaftsverhältnis angeben: \_\_\_\_\_

- einem ambulanten Pflegedienst:  einem Pflegeheim:

Häusliche Senioren- und Krankenbetreuung  
Barbara Petermann  
Bahnhofstraße 24, 37688 Beverungen

_____
Name
_____
Anschrift

3. Für die Verhinderungspflege entstehen voraussichtlich Kosten von \_\_\_\_\_ €.

Den Erstattungsbetrag bitte ich auf das folgende Konto zu überweisen:

_____	_____
Konto-Nr.	Bankleitzahl
_____	_____
Name des Geldinstitutes	Kontoinhaber

\_\_\_\_\_ Datum und Unterschrift des Pflegebedürftigen bzw. der/des Bevollmächtigten