

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:

Pflegedienst Petermann GmbH

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