



Verhinderungspflege

Name, Vorname, Geburtstag und Versicherungsnummer des Pflegebedürftigen

Anschrift

Pflegegrad: _____ seit _____

Telefon

Ich beantrage Verhinderungspflege vom _____ bis _____

Angaben zur Verhinderungspflege:

- Tageweise Verhinderungspflege (z. B. Erholungsurlaub, Krankheit)
 Stundenweise Verhinderungspflege (die Pflegeperson ist weniger als 8 Stunden verhindert)
 Übertragung des halben Leistungsbetrages der Kurzzeitpflege auf die Verhinderungspflege

Grund der Verhinderung

- Erholungsurlaub Krankheit sonstige Gründe _____

Angaben zur Ersatzpflegekraft:

- a) Die Verhinderungspflege wird durchgeführt von

Name, Anschrift, Telefon-Nr.

Ist die Ersatzpflegeperson verwandt oder verschwägert?

nein ja falls ja, in welchem Angehörigenverhältnis:

- b) Vertragspflege-Einrichtung / -Person

Name

Anschrift

Ich erkläre, dass die vorstehenden Angaben wahrheitsgemäß und vollständig sind und ich die Pflegekasse bei Veränderungen zu diesen Angaben sofort unterrichten werde. Zu Unrecht übernommene Leistungen müssen zurückgezahlt werden.

Ich versichere, dass ich / die zu pflegende Person vor Antragstellung mindestens sechs Monate in der häuslichen Umgebung gepflegt wurde.

Datum, Unterschrift des Versicherten / des gesetzlichen Betreuers

Datenschutzhinweis: Die Erhebung und Verarbeitung Ihrer Daten erfolgt auf der Grundlage gesetzlicher Bestimmungen und ist für die Durchführung der Aufgaben der BKK Werra-Meissner notwendig. Mehr Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten erhalten Sie auf unserer Homepage www.bkk-werra-meissner.de/datenschutz oder in Papierform - rufen Sie uns an, wir senden Ihnen die Informationen gerne zu.