Absender:

Name

Straße

PLZ, Ort

Empfänger:

Falten Sie das Dokument entlang dieser Linie und die Anschrift des Empfängers erscheint im Fenster des Briefumschlages

Antrag auf Leistungen der Verhinderungspflege

Name Versicherter

Versicherten-Nr. Geburtsdatum

Datum

Sehr geehrte Damen und Herren,

seit dem _____ werde ich zuhause gepflegt.

Meine Pflegeperson wird vom _____ bis voraussichtlich _____ vorrübergehend verhindert sein und zwar:

☐ vollständig (8 oder mehr Stunden)

☐ teilweise (weniger als 8 Stunden)

Die Verhinderungspflege erfolgt im Zeitraum _____ bis _____. In dieser Zeit wird die Pflege durchgeführt von einer

☐ erwerbsmäßig tätigen Pflegeperson (z. B. Pflegekraft vom Pflegedienst)

Name/Anschrift der Einrichtung/ des Pflegedienstes

☐ Privatperson

Name/Anschrift der Privatperson

Verwandtschaftsgrad: ☐ Ja, welcher _____ ☐ Nein

☐ Ich möchte die Hälfte meines Anspruchs auf Kurzzeitpflege als Verhinderungspflege in Anspruch nehmen. (optional)

Ort, Datum

Unterschrift des Versicherten, des Betreuers oder des Bevollmächtigten