

Antrag auf Leistungen der Pflegekasse bei Verhinderung einer Pflegeperson

Name des / der pflegebedürftigen Versicherten

KV – Nummer / Geburtsdatum

Anschrift

Telefonnummer

Pflegeperson

Name, Vorname

Anschrift

Zeitraum der Verhinderung vom _____ bis _____

☐ Die Verhinderungspflege wird stundenweise durchgeführt.

Grund der Verhinderung

☐ Erholungsurlaub ☐ Krankheit ☐ sonstige Gründe _____

☐ Die häusliche Pflege wurde in den letzten 6 Monaten durch die oben genannte Pflegeperson erbracht.

Angaben zur Ersatzpflegekraft

☐ a) Privatperson

Name, Vorname

Anschrift

☐ Innerhalb der letzten 12 Monate habe ich in der Zeit vom _____ bis _____ eine weitere Ersatzpflege durchgeführt.

Name des / der weiteren Pflegebedürftigen

ggf. KV-Nummer / Geburtsdatum

Telefonnummer

zuständige Pflegekasse

Zur Pflegebedürftigen Person liegt ein Verwandtschafts - / Schwägerschaftsverhältnis 1. oder 2. Grades* oder häusliche Gemeinschaft vor

* Verwandtschaft bis 2. Grad:

Kinder, Eltern, Enkelkinder, Großeltern, Geschwister

* Verschwägerung bis 2. Grad:

Stiefkinder, Schwiegersöhne- / töchter,
Stief- / Schwiegereltern, Schwieger- / Stiefenkel,
Ehegatten von Geschwistern, Großeltern des Ehegatten,
Stiefgroßeltern

☐ ja

☐ nein

☐ b) Einsatz eines Pflegedienstes

Lebenshilfe Westerwald e.V.; Zehntgrafstr. 16; 56462 Höhn

Name und Anschrift des Pflegedienstes

☐ c) Stationärer Heimaufenthalt / Behindertenfreizeit

☐ d) Ich beantrage hiermit auch die Nutzung des gemeinsamen Jahresbetrag nach § 42a SGB XI

Die Richtigkeit vorstehender Angaben wird hiermit bestätigt.

Ort, Datum

Unterschrift der Ersatzpflegekraft

Ort, Datum

Unterschrift des Versicherten bzw. gesetzl. Betreuers oder Bevollmächtigten