Antrag auf Verhinderungspflege

Name, Vorname der pflegebedürftigen Person	Geburtsdatum										
PLZ:	Ort:										
Straße:	Telefonnummer:										
Versichertennummer:	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"><tr><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td></tr></table>										

- Verhinderungspflege – stundenweise – bei Abwesenheit der Pflegeperson von weniger als 8 Std.**
(bei Verhinderung der Pflegeperson) - Ist die Ersatzpflege für weniger als 8 Stunden erforderlich, z. B. während des Arztbesuches, Behördengänge u. a. der Pflegeperson, so geben Sie bitte die Anzahl der Stunden der täglichen Abwesenheit der Pflegeperson an.

Anzahl der täglichen Stunden:

für den Zeitraum vom:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 bis

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

- Verhinderungspflege – tageweise – bei Abwesenheit der Pflegeperson von mehr als 8 Std. am Tag**
(bei Verhinderung/Urlaub/Krankheit der Pflegeperson)

für den Zeitraum vom:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 bis

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

● **Angaben zur Pflegeperson, die an der Pflege gehindert ist**

.....
Name, Vorname und Anschrift

- Die häusliche Pflege wird seit mindestens 6 Monate durch die oben genannte Pflegeperson erbracht.

● **Grund der Verhinderung** Urlaub sonstige Gründe

● **Pflege außerhalb der Häuslichkeit** ja nein

● **Angaben zur Ersatzpflegekraft oder Angaben zum eingesetzten Pflegedienst/**

Pflegeeinrichtung IK

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

.....
Name, Vorname und Anschrift

● Die Ersatzpflegekraft wohnt mit dem Pflegebedürftigen gemeinsam im Haushalt

ja nein

● Die Ersatzpflegekraft ist mit dem Pflegebedürftigen verwandt oder verschwägert bis zum 2. Grad

ja nein

Verwandschaft/Verschwägerung bis 2. Grad

(Kinder, Eltern, Enkelkinder, Großeltern, Geschwister, Stiefkinder, Stiefenkel, Schwiegertöchter-/söhne, Schwiegereltern, Ehegatten von Geschwistern, Großeltern des Ehegatten, Stiefeltern, Stiefschwiegereltern, Stiefgroßeltern, Schwiegerenkel)

Die Kosten werden gegen Vorlage der Zahlungsnachweise abgerechnet.

Reichen die Mittel der Verhinderungspflege zur Finanzierung der Leistung nicht aus, wird die AOK PLUS Ihre übertragbaren Ansprüche aus der Kurzzeitpflege zur Zahlung der Rechnung unbürokratisch, ohne weitere Antragstellung, vornehmen.

Ich versichere die Richtigkeit der Angaben in diesem Antrag.

Datum

Unterschrift des Versicherten/Betreuers/Bevollmächtigten/gesetzlichen Vertreters

Hinweis zum Datenschutz:

Die Daten werden zur Erfüllung unserer Aufgaben nach § 94 Abs. 1 Sozialgesetzbuch Elftes Buch (SGB XI) zum Zweck der Bearbeitung Ihres Antrags auf Pflegeleistungen nach § 39 SGB XI erhoben und verarbeitet. Ihr Mitwirken ist nach § 60 Sozialgesetzbuch Erstes Buch (SGB I) erforderlich. Fehlende Mitwirkung kann zu Nachteilen (z.B. bei den Leistungsansprüchen nach § 39 SGB XI) führen.