

Bitte zurück an:

Novitas BKK
Pflegekasse
47050 Duisburg

Antrag auf Leistungen der Verhinderungspflege

Versicherter

Name, Vorname des Versicherten	Geburtsdatum
Versichertennummer	Telefonnummer:

Verhinderungspflege

- Stundenweise Verhinderungspflege ab _____ (bei Verhinderung der Pflegeperson von weniger als 8 Stunden täglich)**
ist erforderlich, weil die bisherige Pflegeperson an der Durchführung der Pflege verhindert ist wegen
 Erholungsurlaub Krankheit sonstige Gründe _____
- Verhinderungspflege (bei Verhinderung der Pflegeperson von mehr als 8 Stunden täglich)**
ist erforderlich, weil die bisherige Pflegeperson an der Durchführung der Pflege in der Zeit
von _____ bis _____ verhindert ist wegen
 Erholungsurlaub Krankheit sonstige Gründe _____
- Ich beantrage die Erhöhung der Ersatzpflege um 806,00 Euro aus noch nicht in Anspruch genommenen Mitteln der Kurzzeitpflege auf insgesamt 2418,00 Euro**
 Ja Nein _____

In der Verhinderungszeit werde ich gepflegt von

Name, Vorname; Anschrift	Geburtsdatum
Die vorgenannte Person steht in <input type="checkbox"/> keinem Verwandtschaftsverhältnis zu mir. <input type="checkbox"/> folgendem Verwandtschaftsverhältnis zu mir: _____	
Pflegeeinrichtung	
Ferienfreizeit <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Die Ersatzpflegeperson hat in diesem Kalenderjahr bereits andere Pflegebedürftige gepflegt: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein falls ja, bitte Zeitraum eintragen: vom _____ bis _____	
Name des anderen Pflegebedürftigen: _____	
Bisher wurde ich mindestens 6 Monate in häuslicher Umgebung gepflegt <input type="checkbox"/> ja; Name und Anschrift der Pflegeperson : _____ <input type="checkbox"/> nein	

Ort, Datum

Unterschrift des Pflegebedürftigen

Datenschutzhinweis: Diese Daten werden nach § 60 SGB I in Verbindung mit § 94 SGB XI erhoben.