

| | | |
|-------------------------------------|---------------------|-------------------|
| Name, Vorname des Pflegebedürftigen | Versicherungsnummer | Geburtsdatum |
| Anschrift | | Pflegestufe ab |

Meine Pflegeperson ist wegen _____ an der Pflege verhindert.
(z.B. Krankheit, Erholungsurlaub)

Ich beantrage _____ vom _____ bis _____

A Häusliche Pflege wegen Verhinderung der Pflegeperson (§ 39 SGB XI)

Die Ersatzpflege erfolgt durch eine

nicht erwerbsmäßig pflegende Person:

| | | |
|--|---|---|
| Name, Anschrift, Telefonnummer | | berufstätig <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein |
| <p>Bei einer Ersatzpflege durch Pflegepersonen, die mit dem Pflegebedürftigen bis zum zweiten Grade verwandt oder verschwägert sind, oder mit ihm in häuslicher Gemeinschaft leben, wird vermutet, dass die Ersatzpflege nicht erwerbsmäßig ausgeübt wird; in diesen Fällen dürfen die Aufwendungen der Pflegekasse den Betrag des Pflegegeldes der festgelegten Pflegestufe nicht überschreiten. In Ausnahmefällen ist eine Erhöhung bis zu 1.510 € möglich, wenn entsprechend hohe notwendige Aufwendungen der Pflegeperson, z.B. Verdienstaustfall oder Fahrtkosten nachgewiesen werden. <u>Verwandte bis zum zweiten Grade sind:</u> Kinder, Enkelkinder, Eltern, Großeltern und Geschwister. <u>Verschwägte bis zum zweiten Grade sind:</u> Schwiegerkinder (Schwiegersohn, Schwiegertochter), Schwiegerenkel (Ehegatten der Enkelkinder), Schwiegereltern, Schwager / Schwägerin, Großeltern des Ehegatten, Stiefeltern, Stiefgroßeltern, Stiefkinder, Stiefenkelkinder (Enkelkinder des Ehegatten).</p> | | |
| Die Ersatzpflegeperson ist mit o.g. Versicherten | verwandt <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein | verschwägert <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein |
| Wenn ja, Stellung zu o.g. Versicherten (z.B. Tochter, Schwiegertochter) _____ | | |
| oder lebt die Ersatzpflegeperson mit o.g. Versicherten in häuslicher Gemeinschaft | | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein |
| Es entstehen voraussichtlich folgende Kosten: | | |
| a) Fahrkosten | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein | _____ € (Nachweise wie Quittungen, |
| b) Verdienstaustfall | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein | _____ € Verdienstaustfallbescheinigungen |
| c) Sonstiges | | _____ € sind einzureichen) |
| Die Zahlung soll auf folgendes Konto gehen (nur erforderlich, wenn Unkosten erstattet werden): | | |
| Name der Bank, Bankleitzahl, Kontonummer _____ | | |

Vertragspflege - Einrichtung / -Person

| |
|--|
| Name, Anschrift |
| <p>Voraussetzung für diese Leistung ist, dass die Pflegeperson den Pflegebedürftigen vor der erstmaligen Verhinderung mindestens 6 Monate in häuslicher Umgebung gepflegt hat. Die Wartezeit von 6 Monaten ist auch erfüllt, wenn sich mehrere Personen die Pflege zeitlich geteilt haben. Hat eine Unterbrechung länger als 4 Wochen gedauert, so verlängert sich die Wartezeit um den Zeitraum der Unterbrechung (Hemmung). Nicht erforderlich ist, dass die Pflegeperson den Pflegebedürftigen vor jeder neuen Unterbrechung der Pflegetätigkeit wiederum 6 Monate gepflegt haben muss.</p> |
| <p><u>Erklärung:</u> Vor der erstmaligen Verhinderung der Pflegeperson wurde ich mindestens 6 Monate in häuslicher Umgebung gepflegt. <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein</p> |

B Kurzzeitpflege (§ 42 SGB XI)

Die Kurzzeitpflege wird durchgeführt von/vom _____

Name und Anschrift der Einrichtung _____

weil vorübergehend eine häusliche oder teilstationäre Pflege nicht möglich / nicht ausreichend ist. (Bitte kurze Begründung angeben, z. B. völliger Ausfall der bisherigen Pflegeperson durch Krankheit, kurzfristige erhebliche Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit)

Datum, Unterschrift des Versicherten _____

Bei diesem Antrag hat mitgewirkt (Name, Vorname, Anschrift, Tel.-Nr. Stellung zum Pflegebedürftigen (z.B. Betreuer/in) _____