

mhplus Betriebskrankenkasse  
Pflegekasse  
71632 Ludwigsburg

**Antrag auf Pflegeleistungen bei Verhinderung der Pflegeperson für:  
Versichertennummer:**

Ich beantrage in der Zeit vom: \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ Verhinderungspflege.

Ich möchte den noch nicht verbrauchten Kurzzeitpflegeanspruch in Höhe von \_\_\_\_\_ Euro (höchstens 806,00 Euro) auf die Verhinderungspflege übertragen (der Übertrag kann auch zu einem späteren Zeitpunkt beantragt werden).

ja       nein

Wurden Sie bisher sechs Monate zuhause gepflegt?

ja       nein

Meine Hauptpflegeperson ist \_\_\_\_\_ (Name, Vorname) und wird im oben genannten Zeitraum ersatzweise vertreten durch:

- eine Privatperson (Ersatzpflegekraft)
- ein Pflegedienst, das Institutionskennzeichen lautet: \_\_\_\_\_
- eine Pflegeeinrichtung
- eine andere Einrichtung

**Vor- und Nachname und Anschrift der Ersatzpflegeperson, Pflegedienst oder der Einrichtung:**

---

---

---

Bei Pflegevertretung durch eine Privatperson

Meine Ersatzpflegeperson lebt mit mir in häuslicher Gemeinschaft:

ja       nein

Meine Ersatzpflegeperson ist mit mir bis zum 2. Grad verwandt oder verschwägert (z.B. Eltern, Oma etc.):

ja       nein

**Antrag auf Pflegeleistungen bei Verhinderung der Pflegeperson für:  
Versichertennummer:**

Hat die Ersatzpflegeperson in den letzten 12 Monaten eine weitere pflegebedürftige Person im Rahmen der Verhinderungspflege gepflegt?

ja             nein

Die Hauptpflegeperson ist täglich wie folgt verhindert:

stundenweise

über 8 Stunden (bitte beachten Sie, dass dies eine Pflegegeldkürzung zur Folge hat):

- wegen Urlaub
- wegen Erkrankung

Datum:

Unterschrift **X**

---