

**Antwort**

mhplus Betriebskrankenkasse  
Pflegeversicherung  
71632 Ludwigsburg

**Antrag auf Kurzzeitpflege**

---

Name	Vorname	Geburtsdatum	Versicherungsnummer
------	---------	--------------	---------------------

**Grund der Kurzzeitpflege:**

Die häusliche Pflege kann aus nachfolgendem Grund zeitweise nicht, noch nicht oder nicht im erforderlichen Umfang durch eine ambulante oder teilstationäre Pflege erbracht bzw. nicht ausreichend sichergestellt werden.

- Übergangszeit im Anschluss an eine stationäre Behandlung
- Rehabilitationsmaßnahme der Pflegeperson – Unterbringung in derselben Einrichtung
- Urlaubsabwesenheit der Pflegeperson\*
- Erkrankung der Pflegeperson\*
- Sonstige Krisensituation\*

\* die nicht über die Verhinderungspflege in der Häuslichkeit überbrückt werden kann.

**Zeitraum der Kurzzeitpflege:**

Ich beantrage Kurzzeitpflege für den Zeitraum vom \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_ bis zum \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_ .

**Angaben zur Einrichtung:**

Name der Einrichtung:

Straße, Hausnummer:

PLZ, Ort:

**Verwendung des Anspruchs auf Verhinderungspflege** (Sofern dieser nicht bereits ausgeschöpft wurde.)

Reicht der Anspruch der Kurzzeitpflege nicht aus, soll der Leistungsbetrag der Verhinderungspflege in Höhe von bis zu 1.612,00 EUR für die Kurzzeitpflege verwendet werden:

ja       nein

Ich werde bereits seit sechs Monaten in der häuslichen Umgebung gepflegt:

ja       nein

Unterschrift:

**X**

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift der/s Versicherten bzw. der/s Bevollmächtigten

**Datenschutzhinweis (§ 67a Abs. 3 SGB X):** Die persönlichen Daten (Sozialdaten) benötigen wir auf Grundlage des § 94 SGB XI, um unsere Aufgaben rechtmäßig zu erledigen.