

Antwort

mhplus Betriebskrankenkasse
Pflegeversicherung
71632 Ludwigsburg

Antrag auf Leistungen bei Verhinderung der Pflegeperson (Verhinderungspflege)

Angaben der pflegebedürftigen Person

Nachname

Vorname

Strasse, Hausnummer

PLZ

Ort

Geburtsdatum

Versicherungsnummer

Angaben zur Verhinderung

Ich werde seit **mehr als 6 Monate zu Hause gepflegt**

ja

nein

Die Pflegeperson fällt aus wegen

Urlaub

Sonstiger Gründe

Erkrankung

Folgende Pflegeperson ist abwesend:

Nachname

Vorname

Name

Vorname

Geburtsdatum

Versicherungsnummer

Angaben zum Zeitraum der ersatzweisen Pflege

Meine Pflegeperson ist in folgendem Zeitraum verhindert:

Vom:

bis zum:

Meine Pflegeperson ist in diesem Zeitraum

- mindestens** 8 Stunden täglich abwesend (tageweise Verhinderung).
- weniger als** 8 Stunden täglich abwesend (stundenweise Verhinderung).

Angaben zur Ersatzpflege

Die ersatzweise Pflege wird übernommen von:

- einer Privatperson (z. B. Angehörige, Nachbarn, Bekannte)
- einem Pflegedienst (z. B. Sozialstation, privater Pflegedienst)
- einer Pflegeeinrichtung (z. B. Pflegeheim, Kurzzeitpflege Einrichtung)

Name der Privatperson, des Pflegedienstes oder der Pflegeeinrichtung

Strasse

PLZ

Ort

Institutionskennzeichen (IK), wenn bekannt

Name

Vorname

Geburtsdatum

Versicherungsnummer

Zusätzliche Angaben bei einer Privatperson

- Die Ersatzpflegeperson hat in den letzten 12 Monaten eine weitere pflegebedürftige Person mehr als 1 Woche ersatzweise gepflegt.
- Die Ersatzpflegeperson ist mit mir bis zum 2. Grad verwandt oder verschwägert. (z. B. Eltern, Kinder – die vollständige Aufzählung finden Sie im Informationsblatt.)
- Die Ersatzpflegeperson lebt mit mir in häuslicher Gemeinschaft.

Sonstige Angaben

- Der übertragbare Anteil der Kurzzeitpflege soll für die Verhinderungspflege verwendet werden. (Näheres dazu finden Sie im Informationsblatt)
- Diesem Antrag liegt bereits eine Kostenabrechnung für meine private Ersatzkraft bei.
- Ich bin Bewohner einer vollstationären Einrichtung der Hilfe für Behinderte Menschen.

Datum

X

Unterschrift pflegebedürftige Person bzw. bevollmächtigte Person/Betreuer

Hinweis zum Datenschutz

Ihre Daten erheben und verarbeiten wir auf der Grundlage gesetzlicher Bestimmungen. Die Angaben brauchen wir, damit wir alles Notwendige für Sie in die Wege leiten. Mehr Informationen zum Datenschutz erhalten Sie unter: <https://www.mhplus-krankenkasse.de/datenschutz>