

Antrag auf Leistungen der Pflegekasse bei Verhinderung einer Pflegeperson

Name des/der pflegebedürftigen Versicherten

Geburtsdatum

Anschrift

Telefonnummer

Verhinderte Pflegeperson

Name, Vorname

Anschrift

- Die häusliche Pflege wurde in den letzten 6 Monaten durch eine private Pflegeperson erbracht.

Zeitraum der Verhinderung (TTMMJJJ)
vom

01.01.2024

bis

31.12.2024

Angaben zur Art der Verhinderungspflege

- Tageweise Verhinderungspflege
und / oder (näheres siehe jeweilige Einzelabrechnungen)
- stundenweise Verhinderungspflege (die Pflegeperson ist weniger als 8 Stunden täglich verhindert).

Grund der Verhinderung

- Erholungsurlaub Krankheit Sonstige Gründe -Familiäre Gründe-

Name der Kranken-/Pflegekasse

Krankenversicherturnummer

Angaben zur Ersatzpflegeperson

Einsatz eines Familienentlastenden Dienstes

Eine direkte Abrechnung mit der Pflegekasse wird gewünscht

LEBENSILF AUGSBURG E.V., Elmer-Fryar-Ring 90, 86391 Stadtbergen

Name und Anschrift des Familienentlastenden Dienstes

Sofern die Gesamtkosten der Verhinderungspflege nicht gedeckt sind, bitte ich

- den in diesem Kalenderjahr noch zur Verfügung stehenden Anspruch der Kurzzeitpflege (max. 806,00 €) zu übertragen.

Die Richtigkeit vorstehender Angaben wird hiermit bestätigt.

Ort, Datum (TTMMJJJJ)

Unterschrift des Versicherten bzw. gesetzl. Betreuers
oder Bevollmächtigten