

# Antrag auf Leistungen der Pflegekasse bei Verhinderung einer Pflegeperson

Name des / der pflegebedürftigen Versicherten

KV – Nummer / Geburtsdatum

Anschrift

Telefonnummer

## Pflegeperson

Name, Vorname

Anschrift

Zeitraum der Verhinderung vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Die Verhinderungspflege wird stundenweise durchgeführt.

Grund der Verhinderung

Erholungsurlaub  Krankheit  sonstige Gründe \_\_\_\_\_

Die häusliche Pflege wurde in den letzten 6 Monaten durch die oben genannte Pflegeperson erbracht.

## Angaben zur Ersatzpflegekraft

a) Privatperson

Name, Vorname

Anschrift

Innerhalb der letzten 12 Monate habe ich in der Zeit vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ eine weitere Ersatzpflege durchgeführt.

Name des / der weiteren Pflegebedürftigen

ggf. KV-Nummer / Geburtsdatum

Telefonnummer

zuständige Pflegekasse

**Zur Pflegebedürftigen Person liegt ein Verwandtschafts - / Schwägerschaftsverhältnis 1. oder 2. Grades\* oder häusliche Gemeinschaft vor**

\* Verwandtschaft bis 2. Grad: Kinder, Eltern, Enkelkinder, Großeltern, Geschwister  
\* Verschwägerung bis 2. Grad: Stiefkinder, Schwiegersöhne- / töchter, Stief- / Schwiegereltern, Schwieger- / Stiefenkel, Ehegatten von Geschwistern, Großeltern des Ehegatten, Stiefgroßeltern

ja  nein

b) Einsatz eines Pflegedienstes

Lebenshilfe Westerwald e.V.; Zehntgrafstr. 16; 56462 Höhn

Name und Anschrift des Pflegedienstes

c) Stationärer Heimaufenthalt / Behindertenfreizeit

d) Ich beantrage die Erhöhung des Leistungsbetrages aus Mitteln der Kurzzeitpflege (Umwidmungsregelung)

Die Richtigkeit vorstehender Angaben wird hiermit bestätigt.

Ort, Datum

Unterschrift der Ersatzpflegekraft

Ort, Datum

Unterschrift des Versicherten bzw. gesetzl. Betreuers oder Bevollmächtigten