

Empfänger:

Absender:

Name

Straße

PLZ, Ort

----- Falten Sie das Dokument entlang dieser Linie und die Anschrift des Empfängers erscheint im Fenster des Briefumschlages -----

ANTRAG AUF LEISTUNGEN DER VERHINDERUNGSPFLEGE

Name Versicherter _____

Versicherten-Nr. _____

Geburtsdatum _____

Datum _____

Sehr geehrte Damen und Herren,

seit dem _____ werde ich zuhause gepflegt.

Meine Pflegeperson wird vom _____ bis voraussichtlich _____ vorrübergehend

verhindert sein und zwar: vollständig (8 oder mehr Stunden)

teilweise (weniger als 8 Stunden)

Die Verhinderungspflege erfolgt im Zeitraum _____ bis _____. In dieser Zeit wird die Pflege

durchgeführt von einer erwerbsmäßig tätigen Pflegeperson (z.B. Pflegekraft vom Pflegedienst)

Name/Anschrift der Einrichtung/des
Pflegedienstes _____

Privatperson

Name/Anschrift der Privatperson _____

Verwandtschaftsgrad: Ja, welcher _____ Nein

Ich möchte die Hälfte meines Anspruchs auf Kurzzeitpflege als
Verhinderungspflege in Anspruch nehmen. (optional)

Ort, Datum

Unterschrift des Versicherten, des Betreuers oder des Bevollmächtigten