

Vorname und Name

Straße und Hausnummer

PLZ und Wohnort

Versichertennummer

Geburtsdatum

**Pflegekasse bei der
AOK Nordost - Die Gesundheitskasse
14456 Potsdam**

Antrag auf Verhinderungspflege

Ich beantrage für die Zeit vom _____ bis _____ **Leistungen der Verhinderungspflege,**
weil meine Pflegeperson

Name/Anschrift/Telefonnummer*

wegen Urlaub Krankheit Sonstigem verhindert ist.

Hierbei handelt es sich um eine stundenweise Verhinderungspflege nein ja
(Meine Pflegeperson ist in dem genannten Zeitraum stundenweise, täglich weniger als
acht Stunden, abwesend.)

Ich werde seit mindestens 6 Monaten gepflegt nein ja

Die Pflege wird in der genannten Zeit durchgeführt

in Deutschland im Ausland (Land: _____)

von einem Pflegedienst in einer Pflegeeinrichtung von einer selbst beschafften Ersatz-
Pflegekraft

als Ferienreise



Zehn und Brauner GbR | Jahnstraße 53, 02943 Weißwasser
Telefon +49 3576 21 97 92 | Fax +49 3576 21 98 67

JK: 461 422 989

Name/Anschrift/Telefonnummer*

Ich bin mit der selbst beschafften Ersatzpflegekraft verwandt oder verschwägert

nein ja, in folgender Weise: _____

Die Ersatzpflegekraft lebt mit mir in häuslicher Gemeinschaft nein ja

* Angabe ist freiwillig

Vorname Name: _____

Versichertennummer: _____

Reichen die Mittel der Verhinderungspflege zur Finanzierung der Leistung nicht aus, sollen die zur Verfügung stehenden Ansprüche aus der Kurzzeitpflege übertragen werden

nein

ja

Bei einer eventuellen Überzahlung von Pflegegeld durch die Inanspruchnahme von Verhinderungspflege stimme ich einer Verrechnung mit zukünftigen Pflegeleistungen durch meine Pflegekasse zu.



Datum und Unterschrift des/der Versicherten/Bevollmächtigten/
Betreuers/Betreuerin/gesetzlichen Vertreters

Die Daten brauchen wir, damit wir den Antrag bearbeiten können (§ 94 Sozialgesetzbuch (SGB) XI in Verbindung mit §§ 60 ff. SGB I).

Hinweis: Der Antrag sollte möglichst vor Beginn der Verhinderungspflege der Pflegekasse vorliegen.