

# Antrag auf Leistungen der Verhinderungspflege



**BKK VerbundPlus**

Zeppelinring 13  
88400 Biberach

**BKK  
PFL E G E  
VERSICHERUNG**

Haben Sie Fragen?  
Servicehotline: **0800 2234 987**  
(Anrufe aus dem Inland kostenfrei)

Bitte leserlich in Druckbuchstaben ausfüllen und zurücksenden.

## Persönliche Angaben

Name des Versicherten	Vorname des Versicherten
Geburtsdatum des Versicherten	Krankenversichertennummer
Straße des Versicherten	PLZ, Ort des Versicherten

## Antrag auf Leistungen der Verhinderungspflege

Ich beantrage	ab	bis
---------------	----	-----

**ganztägige** Abwesenheit der Pflegeperson

**stundenweise** Verhinderungspflege (unter 8 Std. täglich) Wichtig: Die Pflegeperson ist an einzelnen Tagen für eine bestimmte Zeit an der Pflege verhindert (Angabe Anzahl Stunden)

## Wurde der/die Pflegebedürftige vor der Verhinderung Pflegeperson bereits in seiner Häuslichen Umgebung gepflegt?

ja      nein

## Ich erhalte oder beabsichtige „Leistungen der Eingliederungshilfe“ zu beantragen?

ja, (Angabe des Leistungsträger, z.B. Sozialamt, Beihilfe usw.)	
seit	Antrag gestellt am
nein	

## Die Verhinderungspflege erfolgt

durch einen Pflegedienst

Name der Einrichtung

Straße der Einrichtung

PLZ, Ort der Einrichtung

durch eine Privatperson

Name der Ersatzpflegeperson

Verwandt oder Verschwägert bis zum 2 Grad

ja

nein

Straße der Ersatzpflegeperson

PLZ, Ort der Ersatzpflegeperson

Lebt die Ersatzkraft mit dem /der Pflegebedürftigen in einem gemeinsamen Haushalt?

ja

nein

Wurde innerhalb der letzten 12 Monate von der Ersatzpflegeperson weitere Verhinderungspflege durchgeführt?

ja

nein

## Grund der Verhinderung der Pflegeperson

Krankheit der Pflegeperson

Erholung der Pflegeperson

Sonstige Gründe

## Bisherige Pflegeperson/en:

Name der Pflegeperson

Vorname der Pflegeperson

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

## Unterschrift

Datum

Unterschrift des Versicherten oder des Bevollmächtigten

## Hinweis

Der Antrag sollte möglichst vor Beginn der Inanspruchnahme der Pflegekasse vorliegen.

## Datenschutzhinweis

Um sachgerecht über Ihren Antrag entscheiden zu können, ist Ihre Mitwirkung nach § 60 SGB I erforderlich. Wir möchten Sie deshalb bitten, die gestellten Fragen vollständig zu beantworten. Fehlt Ihre Mitwirkung, kann dies zu Nachteilen bei den Leistungsansprüchen führen.