

# Antrag auf Leistungen der Verhinderungspflege

## BKK VerbundPlus

Zeppelinring 13  
88400 Biberach

BKK  
PFLEGE  
VERSICHERUNG

Haben Sie Fragen?  
Servicehotline: **0800 2 234 987**  
(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.