

Hinweis: Die Angabe Ihrer persönlichen Daten ist auf Grund der Bestimmungen der §§ 60 Erstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB I) und 50 Elftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB XI) erforderlich. Fehlende oder unvollständige Angaben können zu nachteiligen Folgen (§§ 206 Abs. 2 und 307 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V)) und ggf. zur Versagung des Leistungsanspruches führen (§ 66 SGB I).

BARMER



Pflegekasse

BARMER - Pflegekasse
73524 Schwäbisch Gmünd

Versicherte/r

Datum:

Versichertennummer:

Häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson

Datum (TT.MM.JJ)
Ich werde seit _____ zu Hause gepflegt.

Datum (TT.MM.JJ) Datum (TT.MM.JJ)
Die Pflegeperson wird ab _____ voraussichtlich bis _____

vollständig (täglich acht Stunden und mehr)
stundenweise (weniger als acht Stunden täglich)

wegen _____ eines Erholungsurlaubs der Pflegeperson
aus sonstigen Gründen

verhindert sein.

Für die Dauer der Verhinderung wird die Pflege durchgeführt von
Name und Anschrift der Vertretungskraft

Sind Sie mit der Vertretungskraft verwandt bzw. verschwägert?

Verwandschafts- bzw. Schwägerschaftsgrad
nein ja,

Lebt Ihre Vertretungskraft mit Ihnen in häuslicher Gemeinschaft?

nein ja

Zusätzlich möchte ich die Hälfte meines Anspruches auf Kurzzeitpflege (maximal € 806,00) als Verhinderungspflege in Anspruch nehmen.

Für Rückfragen bin ich tagsüber telefonisch erreichbar unter _____

(Angabe ist freiwillig)

Datum/Unterschrift der/des Versicherten bzw. der/des Bevollmächtigten