



**Pflegekasse**



BARMER  
73524 Schwäbisch Gmünd

**Absender**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Ihr Schreiben vom \_\_\_\_\_  
Versichertennummer \_\_\_\_\_

### Antrag auf Kurzzeitpflege

**- Bitte füllen Sie den Antrag in Druckbuchstaben aus! -**

Datum

Datum

Meine Pflege kann ab \_\_\_\_\_ voraussichtlich bis \_\_\_\_\_

nicht zu Hause durchgeführt werden. In dieser Zeit werde ich in folgender Einrichtung versorgt:

Name der Kurzzeitpflegeeinrichtung

\_\_\_\_\_

Straße

Nr.

\_\_\_\_\_

PLZ

Ort

\_\_\_\_\_

Aufnahmedatum

\_\_\_\_\_

☐ Ich habe noch keine Einrichtung gefunden. Bitte teilen Sie mir mögliche Anbieter in meiner Nähe mit.

Bitte Unterlagen lose und nicht geklammert oder geheftet zurück schicken.

Name

Versichertennummer

**- Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen! -****Warum ist die Kurzzeitpflege erforderlich?**

- ☐ Wegen eines Erholungsurlaubs meiner Pflegeperson  
☐ Wegen einer Rehabilitationsmaßnahme meiner Pflegeperson in derselben Einrichtung  
☐ Aus anderen Gründen

**Ihre Kurzzeitpflege ist erforderlich, weil Ihre Pflegeperson abwesend ist? Dann teilen Sie uns bitte noch den Namen der abwesenden Pflegeperson mit:**

Vorname der abwesenden Pflegeperson

Geburtsdatum der abwesenden Pflegeperson

---

---

Name der abwesenden Pflegeperson

---

**Nutzung meines Anspruchs auf Verhinderungspflege** (Angabe nur für Zeiträume bis 30.06.2025 erforderlich.)

Reichen die Mittel der Kurzzeitpflege nicht aus, möchte ich meinen Anspruch auf Verhinderungspflege verwenden. Dies ist nur möglich, wenn der Anspruch noch nicht verbraucht wurde.

☐ nein ☐ ja

Ich werde bereits seit sechs Monaten zu Hause gepflegt.

☐ nein ☐ ja**Beratung**

Ich wünsche eine Beratung.

☐ nein ☐ ja, unter folgender Rufnummer: \_\_\_\_\_ (freiwillige Angabe)**Unterschrift**

Datum/Unterschrift der/des Versicherten bzw. der/des Bevollmächtigten  
(Entfällt bei Rückgabe über das Postfach in Meine BARMER)

---