



Absender

BARMER
73524 Schwäbisch Gmünd

Ihr Schreiben vom
Ihr Zeichen

Antrag auf Verhinderungspflege

- Bitte füllen Sie den Antrag in Druckbuchstaben und in den dafür vorgesehenen Feldern aus! -

Ich beantrage:

- ☐ **tageweise Verhinderungspflege:** Meine Pflegeperson ist mindestens acht Stunden am Tag verhindert (z. B. Urlaubsreise, Aufenthalt im Krankenhaus).
- ☐ **stundenweise Verhinderungspflege:** Meine Pflegeperson ist weniger als acht Stunden am Tag verhindert (z. B. für Einkäufe, Behördengänge oder Freizeitaktivitäten).

Zeitraum der Verhinderung

Datum Datum Kalenderjahr

vom

 bis

 oder

Grund der Verhinderung

- ☐ Urlaub der Pflegeperson
- ☐ sonstige Gründe

Welche Pflegeperson ist verhindert? (Angaben nur erforderlich, wenn Sie mehrere private Pflegepersonen haben.)

Vorname der verhinderten Pflegeperson

Geburtsdatum der verhinderten Person

Name der verhinderten Pflegeperson

Ich werde bereits seit sechs Monaten zu Hause gepflegt.

☐ nein ☐ ja

Bitte Unterlagen lose und nicht geklammert oder geheftet zurück schicken.

Name

Ihr Zeichen

- Bitte füllen Sie den Antrag in Druckbuchstaben und in den dafür vorgesehenen Feldern aus! -

Wer übernimmt die Pflege?

☐ private Vertretungskraft ☐ Pflegedienst ☐ stationäre Pflegeeinrichtung

Vorname und Name der privaten Vertretung/Name des Pflegedienstes/Name der stationären Pflegeeinrichtung

Straße

Nr.

PLZ

Ort

Telefonnummer der Vertretungskraft (freiwillige Angabe mit Einverständnis der Vertretungskraft)

Mit der Vertretungskraft bin ich bis zum zweiten Grad verwandt bzw. verschwägert?

Art der Verwandtschaft oder Schwägerschaft (z. B. Enkelin, Schwiegersohn)

☐ nein ☐ ja ► _____

Die Vertretungskraft lebt mit mir in einem Haushalt ☐ nein ☐ ja

Nutzung meines Anspruchs auf Kurzzeitpflege (Angabe nur erforderlich für Leistungszeiträume bis 30.06.2025)

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

☐ nein ☐ ja

Beratung

Ich wünsche eine Beratung durch die BARMER: ☐

Ich bin tagsüber erreichbar unter folgenden Telefonnummern (Angaben sind freiwillig)

Unterschrift

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