

Gut zu wissen: Die Verarbeitung der Daten erfolgt zur Leistungsgewährung nach § 39 SGB XI. Die BARMER speichert diese für 6 Jahre und löscht sie anschließend. Sofern die gesetzlichen Voraussetzungen vorliegen, gibt es ein Recht auf Auskunft, Berichtigung und Löschung oder Einschränkung sowie das Recht auf Datenübertragbarkeit.

BARMER

Pflegekasse



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 <input type="text"/>	bis <input type="text"/>	oder <input type="text"/>

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

Name der verhinderten Pflegeperson

Geburtsdatum der verhinderten Person

Ich werde bereits seit sechs Monaten zu Hause gepflegt.

- nein ja

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 Leistungszeitraum 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)

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