



Pflegekasse



Absender

BARMER
73524 Schwäbisch Gmünd

Ihr Schreiben vom _____
Versichertennummer _____

Abrechnung der Leistung bei Verhinderung der Pflegeperson

(Bitte nach Beendigung der Verhinderungspflege zur Erstattung einreichen.)

Zeitraum der Verhinderung – Bitte wählen Sie nur eine der beiden folgenden Situationen aus:

- Tageweise Verhinderungspflege:** Die Pflegeperson war täglich 8 Stunden und mehr abwesend, beispielsweise aufgrund Urlaub, Aufenthalt im Krankenhaus.

vom _____ bis (Datum bitte im Format TTMMJJJJ angeben.) _____, _____ Euro
_____, _____ Euro

- Stundenweise Verhinderungspflege:** Die Pflegeperson war weniger als 8 Stunden täglich abwesend, beispielsweise für Einkäufe, Behördengänge oder Freizeitaktivitäten.

Insgesamt wurde die Verhinderungspflege an _____ Tagen (_____ Stunden insgesamt) durchgeführt.
vom _____ bis (Datum bitte im Format TTMMJJJJ angeben.) _____, _____ Euro

Angaben zur Vertretungskraft

Vorname der Vertretungskraft

Name der Vertretungskraft

Straße _____ Nr. _____

PLZ _____ Ort _____

Bitte Unterlagen lose und nicht geklammert oder geheftet zurück schicken.

