



Pflegekasse

Absender

BARMER
73524 Schwäbisch Gmünd

Ihr Schreiben vom
Ihr Zeichen

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.

Name

Ihr Zeichen

Die Vertretungskraft lebt mit mir in einem Haushalt oder ist mit mir bis zum 2. Grad verwandt oder verschwägert:

☐ Nein

☐ Ja _____
Art der Verwandtschaft oder Schwägerschaft (z. B. Tochter, Enkel, Schwiegersohn)

Fahrkosten und Verdienstausschlag – nur bei Verwandtschaft oder Schwägerschaft¹⁾

¹⁾ Bitte nur ausfüllen, wenn die Vertretungskraft mit Ihnen bis zum 2. Grad verwandt oder verschwägert ist oder mit Ihnen in häuslicher Gemeinschaft lebt und Kosten entstanden sind.

☐ Fahrkosten mit einem öffentlichen Verkehrsmittel (Bitte Originalbelege beilegen.)

☐ Fahrkosten mit dem Privat-PKW

Fahrt(en) von: _____ nach: _____

Kilometer gesamt: _____ x 0,20 Euro = _____ , _____ Euro

☐ Verdienstausschlag (Bitte Bescheinigung des Arbeitgebers über Nettoverdienstausschlag beilegen.)

Rechnungsbetrag gesamt _____ , _____ Euro

Wurde der Rechnungsbetrag bereits an die Vertretungskraft gezahlt?

☐ **Nein** - Bitte erstatten Sie den Betrag direkt an die Vertretungskraft.

☐ **Ja** - Ich habe der Vertretungskraft den oben genannten Betrag gezahlt.

Bankverbindung für die Erstattung (Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen!)

D E _____
Deutsche IBAN

Ausländische IBAN (falls auf diese IBAN erstattet werden soll)

BIC (nur bei ausländischer IBAN erforderlich)

Name und Anschrift der Kontoinhaberin/des Kontoinhabers

Straße

Nr.

PLZ

Ort

Unterschrift

Datum/Unterschrift der **Vertretungskraft**

Ich bin tagsüber erreichbar unter der
Telefonnummer (Angabe ist freiwillig)

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

Ich bin tagsüber erreichbar unter der
Telefonnummer (Angabe ist freiwillig)