

**Antrag auf Leistungen bei  
Verhinderung der Pflegeperson**



\_\_\_\_\_  
Name, Vorname des Versicherten

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Anschrift

\_\_\_\_\_  
Versichertennummer

\_\_\_\_\_  
Telefon

Ich beantrage:

stundenweise Verhinderungspflege:

vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Verhinderungspflege (Abwesenheit der Pflegeperson mehr als 8 Stunden pro Tag):

vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Die Verhinderungspflege wird von folgender/m Sozialstation/Pflegedienst durchgeführt:

\_\_\_\_\_

Die Verhinderungspflege wird von einer Privatperson erbracht:

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname, Anschrift

\_\_\_\_\_  
Telefon, Beruf

Kurzzeitpflege:

vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Die Kurzzeitpflege wird in folgender Pflegeeinrichtung durchgeführt:

\_\_\_\_\_

Grund der Verhinderung der Pflegeperson:

\_\_\_\_\_  
z.B. Erholungsurlaub, Krankheit

Bei diesem Antrag hat mitgewirkt:

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname, Anschrift, Tel.-Nr., Stellung zum Pflegebedürftigen (z.B. Bevollmächtigter)

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift des Versicherten / seines Vertreters