

**Anschrift der Krankenkasse:**

Antragsteller: \_\_\_\_\_

**Antrag auf Verhinderungspflege (Vertretungspflege zu Hause)**

Dieser Antrag kann nachträglich und auch gleichzeitig mit dem Antrag auf Erstattung der Kosten gestellt werden.

**Angaben zur bzw. zum Pflegebedürftigen**

Ich bin pflegebedürftig und bei folgender Krankenkasse versichert:

\_\_\_\_\_  
Name der Krankenkasse

\_\_\_\_\_  
Name und Vorname (der pflegebedürftigen Person)

\_\_\_\_\_  
Straße und Hausnummer

\_\_\_\_\_  
PLZ und Ort

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum (tt.mm.jjjj)

\_\_\_\_\_  
Versichertennummer

Ich beantrage:

- Tageweise Verhinderungspflege:** Die eingetragene Pflegeperson, die mich betreut, ist/war **für mindestens acht Stunden** abwesend, und nicht in der Lage, an einem Tag noch Pflegeleistung zu erbringen (z.B. Urlaub, Hochzeit, Krankheit, sonstige Gründe)
- Stundenweise Verhinderungspflege:** Die eingetragene Pflegeperson ist/war **weniger als acht Stunden** kurzzeitig abwesend und kann noch am selben Tag Pflege erbringen.

## Zeitraum der Verhinderung

am \_\_\_\_\_ **oder**

von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Grund der Verhinderung der **eingetragenen Pflegeperson**?

- Urlaub     Krankheit     sonstige Gründe

Ich wurde mindestens 6 Monate von meiner eingetragenen Pflegeperson gepflegt:

- Ja**     Nein

## Angaben zur Vertretungspflege zu Hause

Wer übernimmt die Pflege?

- FLEXXI Pflegefachkraft     Pflegefirma     private Vertretungskraft

\_\_\_\_\_  
Vorname und Name (der Pflegefachkraft/Name der Pflegefirma/Name der privaten Vertretungskraft)

\_\_\_\_\_  
Straße und Hausnummer

\_\_\_\_\_  
PLZ und Ort

Ich bin mit der Vertretungskraft verwandt:

**Nein**

Ja

*Wenn Ja: Art der familiären Beziehung oder Verbindung (Enkelkind, Schwiegertochter, Neffe etc.)*

\_\_\_\_\_

