

Antrag auf Verhinderungspflege

Datenschutzhinweis: Die Erhebung der Daten beruht auf §§ 36 – 43 SGB XI und ist zur rechtmäßigen Erfüllung unserer Aufgaben nach § 94 Abs. 1 SGB XI erforderlich. Zur Mitteilung der erfragten Angaben sind Sie nach § 60 SGB I verpflichtet. Die Angabe der Telefon-Nr. sowie die Einwilligung zur Datenerhebung sind freiwillig. Unterbleibt Ihre Mitwirkung, soweit sie nicht freiwillig ist, dürfen wir unsere Leistungen nach § 66 SGB I einschränken. Weiterführende Informationen zum Datenschutz, zu Ihren Mitwirkungspflichten sowie die Kontaktdaten des Datenschutzbeauftragten der IKK gesund plus finden Sie auf der Internetseite: www.ikk-gesundplus.de/dsgvo. Diese Informationen können Ihnen auf Wunsch selbstverständlich auch gern per Post zugesendet werden.

| | |
|----------------------------------|----------------------------------|
| Name, Vorname der/s Versicherten | Geburtsdatum/Versicherungsnummer |
| Anschrift | Telefonnummer |

Hiermit beantrage ich ab _____ vorauss. bis _____ Verhinderungspflege.

Verhindert ist folgende Pflegeperson:

| |
|-------------------------------------|
| Name und Anschrift der Pflegeperson |
|-------------------------------------|

Der Grund der Verhinderung:

- Urlaub der Pflegeperson
 Krankheit der Pflegeperson
 Sonstige

Es handelt sich um eine stundenweise Verhinderungspflege*: ja nein
 (*Die Pflegeperson ist jeweils täglich weniger als 8 Stunden verhindert.)

Die Verhinderungspflege wird sichergestellt durch:

- eine stationäre Einrichtung

| |
|------------------------------------|
| Name und Anschrift der Einrichtung |
|------------------------------------|

- einen ambulanten Pflegedienst

| |
|---------------------------------------|
| Name und Anschrift des Pflegedienstes |
|---------------------------------------|

- folgende Ersatzpflegekraft

| | |
|--|---------------------------|
| Name und Anschrift der Ersatzpflegekraft | Verwandtschaftsverhältnis |
|--|---------------------------|

Ich bin mit der selbst beschafften Ersatzpflegekraft verwandt oder verschwägert:

- ja, Art des Verwandtschaftsverhältnisses: _____ nein
 Die Ersatzpflegekraft lebt mit mir in häuslicher Gemeinschaft: ja nein

Ich möchte die noch nicht in Anspruch genommenen Mittel der Kurzzeitpflege in diesem Kalenderjahr auf den Leistungsbetrag der Verhinderungspflege übertragen:

- ja nein

Die Aufwendungen sollen folgendem Konto gutgeschrieben werden:

| | |
|---|---------------|
| IBAN (International Bank Account Number): | Geldinstitut: |
| BIC (Bank Identifier Code): | Kontoinhaber: |

Datum _____

Unterschrift _____