

## Antrag auf Verhinderungspflege

**Datenschutzhinweis:** Die Erhebung der Daten ist zur Erfüllung unserer gesetzlichen Aufgaben notwendig und zulässig. Die gesetzlichen Grundlagen dafür sind §§ 36,37,38 u. 43 SGB XI; §§ 60ff SGB I. 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](http://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:	
<input type="checkbox"/> ja, Art des Verwandtschaftsverhältnisses: _____	<input type="checkbox"/> nein
Die Ersatzpflegekraft lebt mit mir in häuslicher Gemeinschaft: <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> 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 der/des Pflegebedürftigen bzw. Bevollmächtigten