

Name:

geboren am:

**Zurück an:**

Pflegekasse

vividabkk, 78044 Villingen-Schwenningen

**Antrag auf Pflegeleistungen bei Verhinderung der Pflegeperson – Verhinderungs-Pflege**

Ich beantrage ab _____ bis _____ Leistungen der Verhinderungs-Pflege
--

Meine <b>Pflegeperson</b> ..... <b>ist wegen</b> (Name bitte eintragen)
<input type="checkbox"/> Urlaub <input type="checkbox"/> Krankheit <input type="checkbox"/> sonstige Gründe: _____ <input type="checkbox"/> stundenweise verhindert <b>oder</b> <input type="checkbox"/> mehr als 8 Stunden täglich verhindert

<b>Aus den noch nicht in Anspruch genommenen Mitteln der Kurzzeit-Pflege übertrage ich folgenden Betrag in die Verhinderungs-Pflege: _____ (maximal 806,00 € möglich)</b>
---

 In den letzten 6 Monaten wurde die Pflege in der häuslichen Umgebung erbracht.
**Die Verhinderungspflege erbringt im oben beantragten Zeitraum**

<input type="checkbox"/> Eine Privatperson: Name, Vorname: ..... Telefon: ..... Anschrift: ..... O. g. Person ist mit mir bis zum 2 Grad verwandt oder verschwägert* <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <small>* Verwandte bis zum zweiten Grade sind: Kinder, Enkelkinder, Eltern, Großeltern und Geschwister.          Verschwägte bis zum zweiten Grade sind: Schwiegerkinder (Schwiegersohn, Schwiegertochter), Schwiegerenkel (Ehegatten der Enkelkinder), Schwiegereltern, Schwager/Schwägerin, Großeltern des Ehegatten, Stiefeltern, Stiefgroßeltern, Stiefkinder, Stiefenkelkinder (Enkelkinder des Ehegatten).</small> O. g. Person lebt mit mir in häuslicher Gemeinschaft? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein O. g. Person hat in den letzten 12 Monaten bereits bei anderen Pflegebedürftigen Verhinderung-Pflege erbracht? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
--

<input type="checkbox"/> Ein Pflegedienst: Name und Anschrift des Pflegedienstes. ....
---

<input type="checkbox"/> Eine stationäre Einrichtung bzw. Behinderten-Freizeit: Name und Anschrift des Heimes/Veranstalters: .....
---

<input type="checkbox"/> Ein Antrag auf Eingliederungs-Hilfe wurde beim zuständigen Sozialhilfeträger gestellt.
---

Die Richtigkeit vorstehender Angaben wird hiermit bestätigt.

Datum	Unterschrift des Versicherten bzw. des Bevollmächtigten
-------	---

Ihre persönlichen Daten werden von der vividabkk zum Zwecke der Erfüllung ihrer gesetzlichen Aufgaben nach dem Sozialgesetzbuch erhoben, gespeichert und verarbeitet. Ihre Angaben unterliegen dem Datenschutz und werden vertraulich behandelt. Weitere Informationen zum Datenschutz bei der vividabkk finden Sie unter: <a href="http://www.vividabkk.de/datenschutz">www.vividabkk.de/datenschutz</a>
---