

# Antrag auf häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson

(Bitte zutreffendes ankreuzen)

Name des Pflegebedürftigen

Geburtsdatum

Krankenkasse

Versicherungsnummer

Anschrift

1. Ich beantrage die Kostenübernahme für eine Verhinderungspflege, weil mich meine Pflegeperson

wegen

Erholungsurlaub

Krankheit

zur Entlastung der Pflegeperson

Stundenweise (unter acht Stunden / Tag

acht oder mehr Stunden / Tag

in der Zeit vom \_\_\_\_\_ bis voraussichtlich zum \_\_\_\_\_ nicht pflegen kann.

2. Die Verhinderungspflege wird übernommen von

einer privaten Pflegekraft

Name, Vorname

Telefon-Nr.

Anschrift

Die Pflegekraft lebt in meinem Haushalt

ja

nein

Die Pflegekraft ist mit mir verwandt oder verschwägert

ja

nein

falls ja, bitte Verwandtschafts-/Schwägerschaftsverhältnis angeben: \_\_\_\_\_

einem ambulanten Pflegedienst:

einem Pflegeheim:

**Mederia GmbH Ambulanter Pflegedienst**  
**Potsdamer Str. 114**  
**10785 Berlin**

Name

Anschrift

3. Für die Verhinderungspflege entstehen voraussichtlich Kosten von \_\_\_\_\_ €

Den Erstattungsbetrag bitte ich auf das folgende Konto zu überweisen:

Konto-Nr.

Bankleitzahl

Name des Geldinstitutes

Kontoinhaber

Datum und Unterschrift des Pflegebedürftigen bzw. der/des Bevollmächtigten