

Vertragsnummer: \_\_\_\_\_

## Antrag auf Leistungen der Verhinderungspflege

### Angaben zur pflegebedürftigen Person

Name, Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
Anschrift: \_\_\_\_\_

### Verhinderte Pflegeperson

Name, Vorname: \_\_\_\_\_  
Anschrift: \_\_\_\_\_

Zeitraum der Verhinderung: \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

**Art der Verhinderungspflege:**  Tageweise Verhinderungspflege  
 Stundenweise Verhinderungspflege

**Grund der Verhinderung:**  Urlaub  
 Krankheit  
 Entlastung  
 sonstige Gründe:  
\_\_\_\_\_

### Angaben zur Ersatzpflegekraft

**Privatperson**

Name, Vorname: \_\_\_\_\_  
Anschrift: \_\_\_\_\_

Verwandtschaftsverhältnis zur pflegebedürftigen Person bis zum 2. Grad?  Ja  Nein

Lebt mit der pflegebedürftigen Person in häuslicher Gemeinschaft?  Ja  Nein

**Pflegedienst**

Name: \_\_\_\_\_  
Anschrift: \_\_\_\_\_

**Sonstige Einrichtung**

Name: \_\_\_\_\_  
Anschrift: \_\_\_\_\_

### Unterschrift

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit der vorstehenden Angaben.

\_\_\_\_\_  
Ort und Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Versicherten

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Ersatzpflegekraft

Bitte per FAX zurück an: 0621 - 427-8983