

# ANTRAG AUF VERHINDERUNGSPFLEGE



## ANGABEN ZUR PERSON

**Name**

**Geburtsdatum**

**Ich beantrage vom**  **bis**

häusliche Pflege wegen Verhinderung der Pflegeperson (Verhinderungspflege).

## FÜR DIESEN ZEITRAUM WIRD DIE PFLEGE IN DER HÄUSLICHEN UMGEBUNG DES PFLEGEBEDÜRFTIGEN DURCHFÜHRT VON EINER

**Privatperson**

**Name**

**Anschrift**

Die Privatperson ist mit dem Pflegebedürftigen bis zum 2. Grad verwandt oder verschwägert:

**ja**  **nein**

Die Privatperson lebt mit dem Pflegebedürftigen in häuslicher Gemeinschaft:

**ja**  **nein**

**Vertragspflegeeinrichtung**

**Name**

**Anschrift**

## GRUND DER VERHINDERUNG.

**Erholungsurlaub**  **Erkrankung der Pflegeperson**

**sonstige Gründe:**

## BISHER WURDE ICH MINDESTENS 6 MONATE IN HÄUSLICHER UMGEBUNG GEPFLEGT

**ja** - Name der Pflegeperson

**nein**

Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift des Versicherten bzw. Bevollmächtigten \_\_\_\_\_

**Datenschutzhinweis:** Um sachgerecht über Ihren Antrag entscheiden zu können, ist Ihre Mitwirkung nach § 60 SGB 1 erforderlich. Wir möchten Sie deshalb bitten, die gestellten Fragen vollständig zu beantworten. Fehlt Ihre Mitwirkung, kann dies zu Nachteilen bei den Leistungsansprüchen nach § 39 (häusliche Pflege) und § 42 (Kurzzeitpflege) SGB XI führen.

**BKK MAHLE, Pragstraße 26-46, 70376 Stuttgart**  
Telefon: 07 11 / 501-1 22 24  
Telefax: 07 11 / 501-1 20 26  
info@bkk-mahle.de



Empfehlen Sie uns weiter und wechseln Sie jetzt zur **BKK MAHLE**. Wir übernehmen alle Formalitäten für Sie!