

Rückantwort an:

IKK Brandenburg und Berlin
Service-Center Berlin - PV
Keithstr. 9/11
10787 Berlin

Allgemeine Angaben des Pflegebedürftigen

Vorname Name	Geburtsdatum	Krankenversicherungsnummer
Anschrift		Telefonnummer *

Ich beantrage Verhinderungspflege

Zeitraum der Verhinderungspflege:

vom: bis:

Bisher werde ich von folgender Pflegeperson gepflegt:

Name der Pflegeperson:

Anschrift der Pflegeperson:

Werden Sie von dieser Pflegeperson seit mehr als 6 Monaten gepflegt?

Ja

Nein

Wie soll die Verhinderungspflege durchgeführt werden?

Ganztägig: Die Pflegeperson ist vollständig verhindert (wegen Krankheit, Urlaub o.ä., es sind maximal 42 Tage möglich):

Stundenweise: Die Pflegeperson ist nur stundenweise verhindert (wegen privaten Terminen oder zur Entlastung, nur Begrenzung auf den maximalen Geldbetrag):

Die bisherige Pflegeperson ist aus folgendem Grund verhindert:

Krankheit

Erholungsurlaub

Berufliche Verhinderung

Aufenthalt in Krankenhaus oder Reha

Private Termine (Arzttermine, Freizeitgestaltung)

sonstiger Grund:

Soll ein Teil des finanziellen Anspruches aus der Kurzzeitpflege übertragen werden? (Es steht dann ein zusätzlicher Betrag in Höhe von 806 Euro für die Verhinderungspflege zur Verfügung, der zeitliche Anspruch verändert sich nicht)

Ja, ich plane in diesem Jahr keine Kurzzeitpflege in Anspruch zu nehmen.

Nein, ich möchte die Kurzzeitpflege zu einem anderen Zeitpunkt in Anspruch nehmen.

* freiwillige Angaben

Die Verhinderungspflege soll durchgeführt werden von:

einer Privatperson:

Name der Privatperson:

Anschrift der Privatperson:

Sind Sie mit dieser Privatperson bis zum 2. Grad verwandt oder verschwägert?

(Verwandtschaft: Kinder, Eltern, Enkelkinder, Großeltern, Geschwister

Verschwägerung: Stiefkinder, -eltern, -enkel, -großeltern, -geschwister, Schwiegerkinder, -eltern, -enkel, -großeltern, Schwager/Schwägerin)

Ja

Nein

Leben Sie mit dieser Privatperson in häuslicher Gemeinschaft?

Ja

Nein

einem Pflegedienst oder einer Pflegeeinrichtung oder im Rahmen einer Behindertenfreizeit:

Name des Pflegedienstes/ der Einrichtung/ des Anbieters:

Anschrift des Pflegedienstes/ der Einrichtung/ des Anbieters:

Telefonnummer des Pflegedienstes/ der Einrichtung/ des Anbieters:

Datenschutzhinweis

Wir erheben die Daten für die Prüfung Ihres Antrages auf Verhinderungspflege nach § 39 SGB XI und § 94 SGB XI.

Datum

Unterschrift des Versicherten/Bevollmächtigten/Betreuers

 * freiwillige Angaben