


# Antrag auf Verhinderungspflege

Name, Vorname der pflegebedürftigen Person	Geburtsdatum
Anschrift	

## Verhinderte Pflegeperson

Name, Vorname \_\_\_\_\_ Anschrift \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_

Die häusliche Pflege wurde in den letzten 6 Monaten durch die verhinderte Pflegeperson erbracht

## Zeitraum der Verhinderung

vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

## Art der Verhinderungspflege

- Verhinderungspflege (ganztägige Verhinderung der Pflegeperson)
- stundenweise Verhinderungspflege (die Pflegeperson ist weniger als 8 Stunden täglich verhindert)
- die Hälfte meines Anspruchs auf Kurzzeitpflege (maximal 806 €) soll als Verhinderungspflege in Anspruch genommen werden

## Grund der Verhinderung

- Erholungsurlaub
- Krankheit
- sonstige Gründe \_\_\_\_\_

## Angaben zur Ersatzpflegekraft

Privatperson

Name, Vorname \_\_\_\_\_ Anschrift \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_

verwandt / verschwägert  nein  ja \_\_\_\_\_  
Art der Verwandtschaft zum/zur Pflegebedürftigen

Lebt mit dem / der Pflegebedürftigen in häuslicher Gemeinschaft?  nein  ja

Einsatz eines Pflegedienstes

Name und Anschrift des Pflegedienstes \_\_\_\_\_

Stationärer Heimaufenthalt / Behindertenfreizeit

Name und Anschrift des Heimes / Veranstalters \_\_\_\_\_

Die Richtigkeit vorstehender Angaben wird hiermit bestätigt.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Versicherten / Bevollmächtigten

### Datenschutzhinweis

Die Erhebung und Verarbeitung Ihrer Daten erfolgt auf der Grundlage gesetzlicher Bestimmungen und ist für die Durchführung der Aufgaben der Merck BKK notwendig. Mehr Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten erhalten Sie auf unserer Webseite [www.merck-bkk.de/datenschutz/](http://www.merck-bkk.de/datenschutz/).

Angaben zu Kontaktdaten (Telefonnummer) sind freiwillig und werden ausschließlich für Rückfragen Ihrer Versicherungs- und Leistungsanfragen verwendet.