

Versicherer im Raum der Kirchen
Krankenversicherung AG
Pflegeversicherung
Doktorweg 2 - 4
32752 Detmold

Sie erreichen uns:

Mo - Fr: 8.00 - 18.00 Uhr
Serviceteam Leistung
Telefon: 05231 975 30 62
Telefax: 05231 975 37 10
E-Mail info@vrk.de

Detmold,

Antrag auf Kostenübernahme der Verhinderungspflege nach § 39 SGB XI Versicherungsnummer:

Allgemeine Angaben zur pflegebedürftigen Person

Name, Vorname

Straße, Hausnummer

PLZ

Wohnort

Geburtsdatum

Telefonnummer für Rückfragen

Allgemeine Angaben zur Verhinderungspflege

Ich beantrage für die Zeit vom _____ bis _____

- Tageweise Verhinderungspflege¹:** Meine Pflegeperson(en) war(en) mindestens acht Stunden am Tag verhindert (z.B. aufgrund von Urlaub, Krankenhausbehandlung/Rehabilitationsmaßnahme)
- Stundenweise Verhinderungspflege²:** Meine Pflegeperson(en) war(en) weniger als acht Stunden am Tag verhindert (z.B. für Einkäufe, Behördengänge, Freizeitaktivitäten)

Grund der Verhinderung:

- Urlaub der Pflegeperson(en)
- Krankheit der Pflegeperson(en)
- Krankenhausbehandlung/Rehabilitationsmaßnahme
- Sonstige Gründe (Angabe erforderlich):

Name, Vorname

Name, Vorname

Angaben zur Verhinderungspflege

Versicherungsnummer

Die Verhinderungspflege wurde sichergestellt

- durch einen Pflegedienst oder in einer Einrichtung³
(bitte reichen Sie die Rechnung zur Erstattung ein).

Name des Pflegedienstes oder der Einrichtung

Adresse des Pflegedienstes oder der Einrichtung

- durch eine private Ersatzpflegeperson.

Name, Vorname der privaten Ersatzpflegeperson

Geburtsdatum

Adresse der privaten Ersatzpflegeperson

Die Ersatzpflegeperson ist mit der pflegebedürftigen Person
bis zum zweiten Grade verwandt oder verschwägert^{4,5}.

ja

nein

Die Ersatzpflegeperson lebt mit der pflegebedürftigen Person
in häuslicher Gemeinschaft⁵.

ja

nein

Höhe der gezahlten Vergütung _____ Euro

Von der privaten Ersatzpflegeperson auszufüllen:

Für die Verhinderungspflege vom _____ bis _____

habe ich insgesamt _____ Euro für pflegebedingte Aufwendungen erhalten.

Zusätzlich sind mir folgende Aufwendungen entstanden:

Fahrtkosten _____ Euro

**Bitte Nachweise (Fahrbelege,
Verdienstausfallbescheinigung
o.Ä.) beifügen.**

Verdienstausfall _____ Euro

Wurde die Verhinderungspflege durch die private Ersatzpflegeperson nicht in einem zusammenhängenden Zeitraum und/oder weniger als acht Stunden täglich erbracht, ist beiliegende Tabelle (siehe Merkblatt) zu füllen⁶.

Ort, Datum

Unterschrift der pflegebedürftigen Person*

Ort, Datum

Unterschrift der privaten Ersatzpflegeperson**

* Unterschrift des Versicherten, seines Bevollmächtigten/Betreuers (Nachweis erforderlich) oder des Erziehungsberechtigten (nur wer das 15. Lebensjahr vollendet hat, kann selbst Anträge auf Sozialleistungen stellen. Andernfalls wird die Unterschrift des gesetzlichen Vertreters benötigt).

** Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich die vorstehenden Angaben vollständig und wahrheitsgemäß gemacht habe. Mir ist bewusst, dass unrichtige Angaben zu einer strafrechtlichen Verfolgung führen können.

