



Ihr Serviceteam für
Pflegeleistungen

Ihre Versichertennummer

AOK NordWest
Die Gesundheitskasse.
58079 Hagen

Antrag auf Verhinderungspflege

Vor- und Nachname der/des Versicherten

Adresse (Straße, PLZ und Ort) der/des Versicherten

Zeitraum der Verhinderungspflege:

TT.MM.JJJJ

bis

TT.MM.JJJJ

Art der Verhinderungspflege:

stundenweise¹

tageweise²

Pflegeperson:

Vor- und Nachname der Pflegeperson

Adresse (Straße, PLZ und Ort) der Pflegeperson

Meine Pflegeperson muss meine Pflege aus folgendem Grund unterbrechen:

Erholungsurlaub

Krankheit

Sonstiges

Ich wurde vor Beginn der Verhinderungspflege bereits für mindestens 6 Monate von meiner eigentlichen Pflegeperson gepflegt.

1 Die Pflegeperson ist weniger als 8 Stunden am Tag verhindert

2 Die Pflegeperson ist mehr als 8 Stunden am Tag verhindert

1. Die Verhinderungspflege übernimmt in dieser Zeit eine private Pflegekraft:

Nein (weiter bei 2.)

Ja, und zwar:

Vor- und Nachname der Ersatz-Pflegeperson_____
Telefonnummer (freiwillig)_____
Adresse (Straße, PLZ und Ort) der Ersatz-Pflegeperson

Ich lebe mit der genannten Ersatzpflegeperson in häuslicher Gemeinschaft.

Mit der selbst beschafften Ersatzpflegekraft bin ich bis zum 2. Grad verwandt³ oder verschwägert⁴**2. Die Verhinderungspflege wird übernommen von:**

einem ambulanten Pflegedienst:

einem Pflegeheim:

Name des Pflegedienstes/der Pflegeeinrichtung_____
Adresse (Straße, PLZ und Ort) des Pflegedienstes/der Pflegeeinrichtung

Datenschutzhinweis: Die Daten werden zur Erfüllung unserer Aufgaben nach § 94 Abs. 1 Nr. 3 und 4 SGB XI zum Zwecke der Leistungsentscheidung nach §§ 28 ff. SGB XI erhoben und verarbeitet. Ihr Mitwirken ist nach § 60 SGB I erforderlich. Fehlende Mitwirkung kann zu Nachteilen führen. Empfänger Ihrer Daten können im Rahmen gesetzlicher Pflichten und Mitteilungsbefugnisse Dritte oder von uns beauftragte Dienstleister sein. Allgemeine Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten finden Sie unter aok.de/nw/datenschutzrechte. Verantwortlich ist die AOK NordWest – Die Gesundheitskasse, Kopenhagener Str. 1, 44269 Dortmund. Den Stabsbereich Datenschutz erreichen Sie unter gleicher Adresse.

X

Datum

X

Unterschrift der/des Pflegebedürftigen_____
Telefonnummer für Rückfragen

3 Verwandtschaft bis 2. Grad: Kinder, Eltern, Enkelkinder, Großeltern, Geschwister

4 Verschwägerung bis 2. Grad: Stiefkinder, Schwiegersöhne/-töchter, Stief-/Schwiegereltern, Schwieger-/Stiefenkel, Ehegatten von Geschwistern, Großeltern des Ehegatten, Stiefgroßeltern, Schwager/Schwägerin