

Versichertennummer

Antrag auf Verhinderungspflege

Persönliche Angaben

Name, Vorname des/der Versicherten	Geburtsdatum/Versichertennummer
Anschrift	

Ich beantrage Verhinderungspflege für den Zeitraum von **01.01.2026** bis **31.12.2026**

<input type="checkbox"/> ganztägige Abwesenheit der Pflegeperson	<input checked="" type="checkbox"/> stundenweise Abwesenheit der Pflegeperson
Wichtig: Die Pflegeperson ist an einzelnen Tagen	
ca. 1-4	Stunden an der Pflege verhindert

Grund für die Verhinderung der Pflegeperson

<input type="checkbox"/> Erholungsurlaub	<input type="checkbox"/> Krankheit
<input checked="" type="checkbox"/> sonstige Gründe: Entlastung der Pflegeperson	

Wurde der/die Pflegebedürftige vor der Verhinderung der Pflegeperson bereits 6 Monate in seiner häuslichen Umgebung gepflegt?

<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
-----------------------------	-------------------------------

Die Verhinderungspflege erfolgt durch eine Privatperson:

Name, Vorname	Geburtsdatum
Anschrift	Telefonnummer

Die Ersatzkraft ist die/der (bitte Verwandtschafts- bzw. Schwägerungsgrad angeben):

es besteht keine Verwandtschaft/Schwägerschaft

Lebt die Ersatzkraft mit der/dem Pflegebedürftigen in einem gemeinsamen Haushalt?

<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
-----------------------------	-------------------------------

Die Verhinderungspflege erfolgt durch einen Pflegedienst/ ein Pflegeheim:

Name

Sabines Lebenskunst gUG (haftungsbeschränkt) IK 460508296

Anschrift	Telefonnummer
Borkener Straße 21, 48249 Dülmen	02594-9098722

Ich übertrage meinen zur Verfügung stehenden Anspruch aus der Kurzzeitpflege (bis zu 806,00 €) auf die Verhinderungspflege

Ort, Datum	Unterschrift
------------	--------------

Bei Fragen bin ich erreichbar

E-Mail:	Telefon:
---------	----------