

Bitte senden an:

### Antrag auf Leistungen bei Verhinderung der Pflegeperson

#### Allgemeine Angaben zum Pflegebedürftigen

Name, Vorname	Geburtsdatum	Krankenversicherungsnummer
Anschrift	Vorwahl	Rufnummer

#### Angaben zur Verhinderungspflege

Ich beantrage die Übernahme der Kosten der Verhinderungspflege für meine Pflegeperson

bisherige Pflegeperson (Name, Vorname)	Geburtsdatum	
Anschrift	Vorwahl	Rufnummer

#### Zeitraum der Verhinderung

Vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

- stundenweise weniger als 8 Stunden am Tag** verhindert ist wegen sonstiger Gründe (z. B. Arztbesuche, Einkäufe oder Behördengänge)

Gründe bitte angeben

- tageweise mindestens 8 Stunden am Tag** verhindert ist wegen

Urlaub     Krankheit     RehaMaßnahme

sonstiger Gründe: \_\_\_\_\_

Gründe bitte angeben

**Während der Abwesenheit der bisherigen Pflegeperson soll die Pflege erbracht werden**

**durch eine Privatperson**

Name der Privatperson

Straße

Hausnummer

PLZ

Ort

Vorwahl

Rufnummer

Ich bin mit der Ersatzpflegeperson bis (sollten beide Angaben zutreffen, ist ein Kreuz ausreichend)

zum 2ten Grad verwand oder verschwägert

**oder**

lebt mit ihr in einer häuslichen Gemeinschaft

**durch einen Pflegedienst oder eine stationäre Einrichtung**

IK-Nummer des Pflegedienstes / der stationären Einrichtung

Name des Pflegedienstes / der stationären Einrichtung

Ich bin damit einverstanden, dass der oben genannte Pflegedienst oder die stationäre Einrichtung die Kosten direkt mit der DAK-Gesundheit abrechnet. Dies gilt nur, für die beantragte Verhinderungspflege.

**Weitere Angaben zur Verhinderungspflege für Zeiträume vor dem 01.07.2025**

Ich beantrage die Übertragung des anteiligen Leistungsbudgets der Kurzzeitpflege auf die Leistungen der Verhinderungspflege (**siehe beigefügtes Informationsblatt unter Besonderheiten**)

**Nur beantworten, wenn Verhinderungspflege zum ersten Mal beantragt wird:**

Zum Beginn der beantragten Leistung wurde ich bisher in meinem Haushalt

**länger** als 6 Monate gepflegt

**kürzer** als 6 Monate gepflegt

Diesem Antrag liegt bereits eine Kostenabrechnung für meine private Ersatzkraft bei.

Ort und Datum

Unterschrift des Versicherten/Betreuers/Bevollmächtigten  
Mit ihrer Unterschrift bestätigen Sie die Richtigkeit der Angaben.

Datenschutzhinweis: Diese Daten werden nach § 60 SGB I in Verbindung mit § 94 SGB XI erhoben.