



KNAPPSCHAFT
 Fachzentrum Pflege
 45095 Essen

Ihre Kranken- und Pflegeversichertennummer:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Bei Rückfragen/
 Schriftwechsel bitte
 unbedingt angeben!

Name, Vorname, Geburtsdatum der/des Versicherten



Pflegeversicherung
Antrag auf Verhinderungspflege nach § 39 SGB XI

Ich beantrage Leistungen der Verhinderungspflege.

 Ort, Datum

 Unterschrift der/des Versicherten bzw. Bevollmächtigten*

* Durch die Unterzeichnung bestätigen die Unterzeichnenden, dass die nachfolgenden Angaben vollständig und wahrheitsgemäß sind. Ihnen ist bewusst, dass falsche Angaben rechtliche Konsequenzen nach sich ziehen können.

Hinweis: Um Ressourcen zu schonen, versenden wir keine Genehmigungsschreiben.

Bitte füllen Sie den Antrag in Druckbuchstaben und in den dafür vorgesehenen Feldern aus!																					
Welche Sie normalerweise betreuende Person ist/war verhindert?	_____ Name, Vorname																				
In welchem Zeitraum ist/war diese Person verhindert?	Vom <table border="1" style="display: inline-table; width: 150px; height: 20px;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> Bis <table border="1" style="display: inline-table; width: 150px; height: 20px;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																				
Art der Verhinderung	<input type="checkbox"/> Stundenweise , d. h. weniger als 8 Stunden am Tag (z. B. Arztbesuche, Einkäufe oder Behördengänge) <input type="checkbox"/> Tageweise mindestens 8 Stunden am Tag, wegen <input type="checkbox"/> Urlaub <input type="checkbox"/> Krankheit <input type="checkbox"/> sonstige Gründe _____																				

YRCMO38003 15714



private Ersatzpflegeperson

Name

Geburtsdatum

Vorname

Straße

Hausnummer

PLZ

Ort

Telefonnummer (freiwillige Angabe mit Einverständnis der Ersatzpflegeperson)

Mit der privaten Ersatzpflegeperson bin ich bis zum zweiten Grad verwandt oder verschwägert

Nein

Ja

Die Ersatzpflegeperson lebt mit mir in einem Haushalt

Nein

Ja

Quittung: Von der Ersatzpflegeperson auszufüllen

Kosten für die Verhinderungspflege , Euro

Fahrkosten , Euro

Verdienstausfall , Euro

**Bitte Nachweise
(Fahrbelege, Verdienst-
ausfallbescheinigungen
o. ä.) beifügen**

Ort, Datum

Unterschrift der Ersatzpflegeperson*

Pflegedienst oder sonstiger Leistungserbringer

Name

Ich möchte, dass die KNAPPSCHAFT die Kosten direkt mit dem Pflegedienst abrechnet.



Für ausführliche Informationen zur Verhinderungspflege besuchen Sie gerne unsere Internetseite unter knappschaft.de/verhinderungspflege.

