

Bitte zurück an:

**Pflegekasse
BKK Melitta Plus
Marienstr. 122
32425 Minden**

Antrag auf Leistungen der Pflegekasse bei Verhinderung einer Pflegeperson
! Wichtige Hinweise zur Verhinderungspflege entnehmen Sie bitte dem Informationsblatt !

Name des/der pflegebedürftigen Versicherten	Geburtsdatum	KV-Nummer
---	--------------	-----------

Anschrift	Telefonnummer
-----------	---------------

Verhinderte Pflegeperson

Name, Vorname	Anschrift
---------------	-----------

Die häusliche Pflege wurde in den letzten 6 Monaten durch eine private Pflegeperson erbracht.

Zeitraum der Verhinderung (TTMMJJJJ) vom bis

Angaben zur Art der Verhinderungspflege

- Tageweise Verhinderungspflege
- Stundenweise Verhinderungspflege (die Pflegeperson ist weniger als 8 Stunden täglich verhindert).

Grund der Verhinderung

- Erholungsurlaub Krankheit sonstige Gründe _____
- Entlastung
- Es werden Leistungen der Eingliederungshilfe nach § 54 SGB XII durch das Sozialamt gewährt
- Aufstockung des Leistungsbetrages um bis zu 806 Euro aus noch nicht in Anspruch genommenen Mittel der Kurzzeitpflege

Angaben zur Ersatzpflegeperson

Privatperson

Name, Vorname	Anschrift
---------------	-----------

Telefon-Nr.	Geburtsdatum	Krankenkasse
-------------	--------------	--------------

Zur pflegebedürftigen Person liegt ein Verwandtschafts-/ Schwägerschaftsverhältnis 1. oder 2. Grades* vor

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

* Verschwägerung bis 2. Grad: Stiefkinder, Schwiegerkinder, Stief-/Schwiegereltern, Schwieger-/Stiefenkel, Schwager/Schwägerin, Großeltern des Ehegatten, Stiefgroßeltern

ja nein

Lebt mit pflegebedürftiger Person in häuslicher Gemeinschaft

ja nein

In welcher Höhe wurde eine Vergütung vereinbart: pro Stunde _____ Euro pro Tag _____ Euro.

Innerhalb der letzten 12 Monate habe ich in der Zeit vom _____ bis _____ eine weitere Ersatzpflege durchgeführt.

Name des/der weiteren Pflegebedürftigen ggf. KV-Nummer/Geburtsdatum Zuständige Pflegekasse

b) Einsatz eines Pflegedienstes

Name und Anschrift des Pflegedienstes

c) Stationärer Heimaufenthalt / Behindertenfreizeit

Name und Anschrift des Heimes / Veranstalters

Eine direkte Abrechnung mit dem Leistungserbringer wird gewünscht

Die Richtigkeit vorstehender Angaben wird hiermit bestätigt.

Unterschrift der Ersatzpflegekraft

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

Ort, Datum (TTMMJJJJ)

Unterschrift des Versicherten bzw. gesetzl. Betreuers oder Bevollmächtigten