

Antrag auf Verhinderungspflege

Name, Vorname der/des Pflegebedürftigen	Geburtsdatum
Anschrift	Telefonnummer

- Ich beantrage die Übernahme der Kosten für eine Ersatzkraft (**Verhinderungspflege**), weil die bisherige Hauptpflegeperson _____ (Name) verhindert ist
- Die Hauptpflegeperson ist unter 8 Stunden am Tag 8 oder mehr Std. /Tag verhindert, wegen Erholungsurlaub Krankheit sonstige Gründe _____
- In den letzten 6 Monaten wurde ich von meiner Hauptpflegeperson in meiner häuslichen Umgebung gepflegt: nein ja

Verhinderungspflege erfolgt vom _____ bis zum _____

- Die Verhinderungspflege wird durch folgende Ersatzpflegeperson durchgeführt:

Name: _____

Adresse: _____

Verwandt oder verschwägert? nein ja, Ersatzpflegeperson ist mein/e _____

Häusliche Gemeinschaft? nein ja

- Die Verhinderungspflege wird durch folgende Pflegeeinrichtung durchgeführt:

Name: _____

Adresse: _____

. -Vorstehende Angaben habe ich nach bestem Wissen und wahrheitsgemäß gemacht-

Datum, Ort

Unterschrift des Pflegebedürftigen bzw. Bevollmächtigten

Hinweis: Ab dem 01.01.2026 gilt eine Ausschlussfrist: Die Pflegekasse übernimmt die Kosten, wenn Sie diese nach der Verhinderungspflege nachweisen und bis spätestens zum 31. Dezember des Folgejahres beantragen.