

Antwort an:

IKK Brandenburg und Berlin
Service-Center Berlin
Keithstr. 9/11
10787 Berlin

Allgemeine Angaben		
Name Vorname	Geburtsdatum	Krankenversicherungsnummer
_____	____.____.____	_____
Straße Hausnummer	PLZ Ort	Telefonnummer *
_____	_____	____/____
Ich beantrage Verhinderungspflege		
Zeitraum der Verhinderungspflege: vom ____ . ____ . ____ bis ____ . ____ . ____		
Bisher werde ich von folgender Pflegeperson gepflegt:		
Name der Pflegeperson	Telefonnummer *	
_____	____/____	
Anschrift der Pflegeperson		

Werden Sie von dieser Pflegeperson seit mehr als 6 Monaten gepflegt?		
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
Wie soll die Verhinderungspflege durchgeführt werden?		
<input type="checkbox"/> Ganztägig: Die Pflegeperson ist vollständig verhindert (wegen Krankheit, Urlaub o.ä., es sind maximal 42 Tage möglich)	<input type="checkbox"/> Stundenweise: Die Pflegeperson ist nur stundenweise verhindert (wegen privaten Terminen oder zur Entlastung, nur Begrenzung auf den maximalen Geldbetrag):	
Die bisherige Pflegeperson ist aus folgendem Grund verhindert:		
<input type="checkbox"/> Krankheit	<input type="checkbox"/> Erholungsurlaub	
<input type="checkbox"/> sonstiger Grund	_____	
Soll ein Teil des finanziellen Anspruches aus der Kurzzeitpflege übertragen werden? (Es steht dann ein zusätzlicher Betrag in Höhe von 806 Euro für die Verhinderungspflege zur Verfügung, der zeitliche Anspruch verändert sich nicht)		
<input type="checkbox"/> Ja, ich plane in diesem Jahr keine Kurzzeitpflege in Anspruch zu nehmen.	<input type="checkbox"/> Nein, ich möchte die Kurzzeitpflege zu einem anderen Zeitpunkt in Anspruch nehmen.	

Die Verhinderungspflege soll durchgeführt werden von:

einer Privatperson

Name der Privatperson

Anschrift der Privatperson

Sind Sie mit dieser Privatperson bis zum 2. Grad verwandt oder verschwägert?
(Verwandtschaft: Kinder, Eltern, Enkelkinder, Großeltern, Geschwister Verschwägerung: Stiefkinder, -eltern, -enkel, -großeltern, -geschwister, Schwiegerkinder, -eltern, -enkel, -großeltern, Schwager/Schwägerin)

Ja

Nein

Leben Sie mit dieser Privatperson in häuslicher Gemeinschaft?

Ja

Nein

einem Pflegedienst oder einer Pflegeeinrichtung oder im Rahmen einer Behindertenfreizeit:

Name des Pflegedienstes/ der Einrichtung/ des Anbieters

Telefonnummer *

Anschrift des Pflegedienstes/ der Einrichtung/ des Anbieters

Datenschutzhinweis

Wir erheben die Daten für die Prüfung Ihres Antrages auf Verhinderungspflege nach § 39 SGB XI und § 94 SGB XI.

Datum

Unterschrift des Versicherten/Bevollmächtigten/Betreuers