

**Bitte zurück an:** Krones BKK, Bayerwaldstraße 2L, 93073 Neutraubling

## Antrag auf Verhinderungspflege

Pflegebedürftige Person: \_\_\_\_\_  
Name, Vorname, Geburtsdatum und Versicherungsnummer des Pflegebedürftigen

Ich werde von folgender Person gepflegt:

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname und Anschrift der Pflegeperson

Voraussetzung für die Leistung ist, dass die Pflegeperson die pflegebedürftige Person vorher mindestens seit sechs Monaten in häuslicher Umgebung gepflegt hat.

Ich beantrage für den Zeitraum von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ voraussichtlich

- stundenweise** Verhinderungspflege (weniger als 8 Stunden täglich)  
Stundenweise Verhinderungspflege kann beantragt werden, wenn die Pflegeperson an einzelnen Tagen weniger als acht Stunden verhindert ist (z. B. Termine, Einkäufe, Behördengänge usw.). Voraussetzung ferner ist, dass die Pflegeperson an diesen Tagen auch selbst pflegt und unter acht Stunden verhindert ist.
- tageweise** Verhinderungspflege (vollständige Verhinderung mehr als 8 Stunden täglich)

Die stunden- bzw. tageweise Verhinderungspflege ist erforderlich wegen:

- Krankheit
- Erholungsurlaub
- sonstigen Gründen (bitte angeben): \_\_\_\_\_

Während der Abwesenheit der Pflegeperson wird die Verhinderungspflege durchgeführt von:

- ambulanter Pflegedienst, Pflegeeinrichtung (erwerbsmäßig tätige Pflegeperson)

\_\_\_\_\_  
(Name und Anschrift)

- Privatperson (Angehörige, Nachbarn, Bekannte)

\_\_\_\_\_  
(Name, Anschrift und Telefonnummer der Ersatzkraft)

Sind Sie mit der Privatperson verwandt oder verschwägert?

- Ja (bitte angeben wie): \_\_\_\_\_
- Nein

Leben Sie mit der Privatperson in häuslicher Gemeinschaft?

- Ja
- Nein

Entstehen der Privatperson Aufwendungen?

- Ja, ggf. welche? \_\_\_\_\_  
(Netto-Verdienstausschluss ggf. bitte beifügen oder Fahrkosten)
- Nein

Sofern der zur Verfügung stehende Betrag der Verhinderungspflege nicht ausreicht, soll der **Anspruch aus der Kurzzeitpflege von maximal 806,00 Euro** übertragen werden.

- Ja  
 Nein

Bei einer **etwaigen Überzahlung des Pflegegeldes stimme ich einer Verrechnung** mit künftigen Pflegeleistungen durch meine Pflegekasse zu.

---

(Ort, Datum, **Unterschrift der pflegebedürftigen Person**, Betreuer, Bevollmächtigten oder gesetzlichen Vertreters)

**Datenschutzhinweis:** Die Erhebung der Daten beruht auf §§ 39, 42 SGB XI. Die Daten werden für die Leistungserbringung benötigt. Ihre Mitteilung der erfragten Daten ist nach § 60 SGB I erforderlich. Fehlt Ihre Mitwirkung, kann über Ihren Anspruch auf Leistungen der Verhinderungspflege nicht entschieden werden (vgl. § 33 Abs. 1 SGB XI i. V. m. §§ 60 Abs. 1 und 66 Abs. 1 SGB I).

# Beratungsgutschein

für eine Pflegeberatung nach § 7 b SGB XI  
- einlösbar innerhalb von zwei Wochen nach Antragseingang –  
(im Einzelfall auch zu einem späteren Zeitpunkt)

- ja, telefonische Aufklärung und Auskunft durch Mitarbeiter der Pflegekasse über Leistungen der Pflegeversicherung sowie individuelle Leistungsansprüche und anderer Träger
- ja, telefonische Beratung durch den Pflegeservice Bayern (0800-772 1111 gebührenfrei) durch ausgebildete Pflegefachkräfte. Dieser Service ist natürlich kostenlos.
- ja, persönlich aufsuchende Pflegeberatung im häuslichen Bereich. Inhalte der Beratung sind z. B.:
- Erstellung eines individuellen Versorgungsplanes
  - Information über Leistungen zur Entlastung der Pflegepersonen
  - Klärung von Ansprüchen und Entscheidungen über Leistungsanträge, soweit es den eigenen Kompetenzbereich betrifft
  - Koordinierung und Steuerung von Hilfe- und Unterstützungsleistungen, wie Auswahl eines Pflegeheimes oder Informationen zu ambulanten Pflegediensten
  - Praktische Tipps zu Alltagshilfen und haushaltnahen Dienstleistungen
  - Konkrete Hilfestellung rund um die Pflege
- nein, ich wünsche keine Pflegeberatung.

Hinweis: Die Pflegeberatung ist nicht zu vergleichen mit der Pflegebegutachtung, wo es um die Feststellung von Pflegebedürftigkeit geht. Bitte schicken Sie den Beratungsgutschein mit dem Pflegeantrag zurück. Mit der hierfür notwendigen Weitergabe meiner Daten an Dritte bin ich einverstanden. Vielen Dank.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname