

BERGISCHE KRANKENKASSE
Pflegekasse
42715 Solingen

Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson

Name, Vorname, Geburtsdatum und Versicherungsnummer des Pflegebedürftigen

Adresse

Telefon (freiwillige Angabe)

Ich beantrage

Verhinderungspflege vom _____ bis _____

stundenweise Verhinderungspflege
(weniger als 8 Stunden am Tag) vom _____ bis _____

häusliche Pflege wegen Verhinderung der Pflegeperson (§ 39 SGB XI)

Die Ersatzpflege erfolgt durch eine

vertragliche Pflegeeinrichtung / -person

Name, Adresse

nicht erwerbsmäßig pflegende Person

berufstätig nein ja

Name, Adresse, Telefon-Nr.

Die Ersatzpflegeperson ist mit dem Pflegebedürftigen verwandt oder verschwägert

nein ja, Verwandtschaftsverhältnis zum Pflegebedürftigen _____
(z. B. Tochter, Großeltern)

Die Ersatzpflegeperson lebt mit dem Pflegebedürftigen in häuslicher Gemeinschaft.

nein ja

Es entstehen voraussichtlich folgende Kosten:

a) Fahrkosten nein ja, _____ € Bitte reichen Sie Nachweise ein,
z. B. Quittungen, Verdienstaussfall-
b) Verdienstaussfall nein ja, _____ € bescheinigung.
c) Sonstiges _____ €

Eine Kostenerstattung soll auf folgendes Konto erfolgen:

Name der Bank, IBAN

Vor der erstmaligen Verhinderung der Pflegeperson wurde die Pflege mindestens 6 Monate in häuslicher Umgebung erbracht. nein ja

Grund für die Verhinderung der Pflegeperson (z. B. Erholungsurlaub, Krankheit)

Kurzzeitpflege (§ 42 SGB XI)

Der Leistungsbetrag kann sich bei der Verhinderungspflege um bis zu 806 € aus noch nicht in Anspruch genommener Kurzzeitpflege auf insgesamt bis zu 2.418 € im Kalenderjahr erhöhen.

Ich beantrage den Übertrag der nicht in Anspruch genommenen Kurzzeitpflege auf den Leistungsanspruch der Verhinderungspflege

Die Daten werden zur Erfüllung der Aufgaben nach § 284 Abs. 1 SGB V und § 94 Abs. 1 SGB XI verarbeitet. Allgemeine Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten finden Sie auf www.bergische-krankenkasse.de/datenschutz oder werden Ihnen auf Wunsch ausgehändigt. Bei Fragen wenden Sie sich bitte an die BERGISCHE KRANKENKASSE, 42715 Solingen oder unseren Datenschutzbeauftragten unter datenschutz@bergische-krankenkasse.de.

Ich erkläre mich einverstanden, dass meine oben angegebenen freiwilligen Daten genutzt werden, um Kontakt mit mir aufzunehmen. Die Verarbeitung meiner freiwilligen Daten kann ich ohne für mich nachteilige Folgen verweigern bzw. jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Mir ist bekannt, dass dies nicht die Rechtmäßigkeit der bisher auf der Grundlage dieser Einwilligung erfolgten Verarbeitung berührt. Meine Widerrufserklärung kann ich richten an: BERGISCHE KRANKENKASSE 42715 Solingen.

Datum, Unterschrift Versicherter