

KNAPPSCHAFT
 Fachzentrum Pflege
 45095 Essen

Ihre Kranken- und Pflegeversichertennummer:

| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Bei Rückfragen/
 Schriftwechsel bitte
 unbedingt angeben!

Name, Vorname, Geburtsdatum der/des Versicherten



Pflegeversicherung Antrag auf Verhinderungspflege nach § 39 SGB XI

Ich beantrage Leistungen der Verhinderungspflege.

Ort, Datum

Unterschrift der/des Versicherten bzw. Bevollmächtigten*

* Durch die Unterzeichnung bestätigen die Unterzeichnenden, dass die nachfolgenden Angaben vollständig und wahrheitsgemäß sind. Ihnen ist bewusst, dass falsche Angaben rechtliche Konsequenzen nach sich ziehen können.

Hinweis: Um Ressourcen zu schonen, versenden wir keine Genehmigungsschreiben.

| Bitte füllen Sie den Antrag in Druckbuchstaben und in den dafür vorgesehenen Feldern aus! | |
|---|---|
| Welche Sie normalerweise betreuende Person ist/war verhindert? | <div></div> Name, Vorname |
| In welchem Zeitraum ist/war diese Person verhindert? | Vom <div></div> Bis <div></div> |
| Art der Verhinderung | <input type="checkbox"/> Stundenweise , d. h. weniger als 8 Stunden am Tag (z. B. Arztbesuche, Einkäufe oder Behördengänge) <input type="checkbox"/> Tageweise mindestens 8 Stunden am Tag, wegen <input type="checkbox"/> Urlaub <input type="checkbox"/> Krankheit <input type="checkbox"/> sonstige Gründe <div></div> |

☐ **private Ersatzpflegeperson**

Name

Geburtsdatum

Vorname

Straße

Hausnummer

PLZ

Ort

Telefonnummer (freiwillige Angabe mit Einverständnis der Ersatzpflegeperson)

Mit der privaten Ersatzpflegeperson bin ich bis zum zweiten Grad verwandt oder verschwägert

☐ Nein

☐ Ja

Die Ersatzpflegeperson lebt mit mir in einem Haushalt

☐ Nein

☐ Ja

Quittung: Von der Ersatzpflegeperson auszufüllen

Kosten für die Verhinderungspflege , Euro

Fahrkosten , Euro

Verdienstausfall , Euro

**Bitte Nachweise
(Fahrbelege, Verdiensta-
usfallbescheinigungen
o. ä.) beifügen**

Ort, Datum

Unterschrift der Ersatzpflegeperson*

☐ **Pflegedienst oder sonstiger Leistungserbringer**

Name

☐ Ich möchte, dass die KNAPPSCHAFT die Kosten direkt mit dem Pflegedienst abrechnet.



Für ausführliche Informationen zur Verhinderungspflege besuchen Sie gerne unsere Internetseite unter knappschaft.de/verhinderungspflege.

