

Versicherter:  
geb. am:  
Wohnhaft:  
KV-Nr.:

BKK Diakonie  
Pflegeversicherung  
Königsweg 8  
33617 Bielefeld

### Antrag auf Verhinderungspflege

Hiermit versichere ich, dass alle von mir auf diesem Formular gemachten Angaben wahrheitsgemäß und richtig sind. Bei einer etwaigen Überzahlung von Pflegegeld durch die Inanspruchnahme von Verhinderungspflege stimme ich einer Aufrechnung mit zukünftigen Pflegeleistungen durch meine Pflegekasse zu.

\_\_\_\_\_  
Ort und Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der/des Versicherten,  
des Betreuers oder gesetzlichen  
Vertreters

Ich beantrage Verhinderungspflege, weil die bisherige Pflegeperson aus folgendem Grund verhindert ist:	_____
	Verhinderungsgrund
Kontaktdaten der bisherigen Pflegeperson	_____
	Name
	_____
	Anschrift
_____	
Telefon	
_____	
Pflege seit	

Angaben zur Art der Verhinderungspflege <input type="checkbox"/> <b>Tageweise Verhinderungspflege</b> (die Pflegeperson ist mind. 8 Stunden täglich verhindert) <input type="checkbox"/> <b>Stundenweise Verhinderungspflege</b> (die Pflegeperson ist weniger als 8 Stunden verhindert) <input type="checkbox"/> zuzüglich des Übertrages aus der Kurzzeitpflege zu _____ % (max. 50 % / 806,00 €)	
Die Pflege soll erbracht werden in der Zeit vom: _____ bis: _____	
<b>Während der Abwesenheit meiner bisherigen Pflegeperson soll die Pflege erbracht werden:</b>	
<input type="checkbox"/> <b>außerhalb des Hauses</b> <input type="checkbox"/> <b>durch einen professionellen Pflegedienst zuhause</b>	Name und Anschrift _____ _____ _____
<input type="checkbox"/> <b>durch eine Privatperson</b> Die Privatperson ist mit mir verwandt/verschwägert: <input type="checkbox"/> <b>Ja, in folgendem Verwandtschafts-/Schwägerschaftsverhältnis:</b> _____ <input type="checkbox"/> <b>Nein</b>	Name _____ Straße _____ PLZ, Wohnort _____

**Hinweis:** Ansprüche auf eine Verhinderungspflege können nur im tatsächlich geleisteten Umfang erstattet werden und dieser Umfang muss durch die Ersatzpflegekraft schriftlich bestätigt werden.

**Datenschutzhinweis (§ 67a Abs. 3 SGB X):** Damit wir über Ihren Antrag auf Verhinderungspflege gem. § 39 SGB XI entscheiden können, ist Ihr Mitwirken nach §§ 7, 28 SGB XI, § 60 SGB I erforderlich. Ihre Daten sind im vorliegenden Fall auf Grund § 94 SGB XI zu erheben. Fehlt Ihre Mitwirkung, kann dies zu Nachteilen (z. B. bei den Leistungsansprüchen) führen.