

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

Straße und Hausnummer: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

PLZ und Wohnort: \_\_\_\_\_

Versichertennummer: \_\_\_\_\_

**Pflegekasse bei der  
AOK Nordost - Die Gesundheitskasse  
14456 Potsdam**

### Antrag auf Verhinderungspflege

Ich beantrage Leistungen der Verhinderungspflege für die Zeit vom ..... bis .....,

weil meine Pflegeperson .....  
Name, Vorname

.....  
Anschrift, Telefon\*

wegen  Erholungsurlaub  Kur  Krankheit

Sonstigem: ..... verhindert ist.

Ich werde von meiner Pflegeperson seit mindestens 6 Monaten gepflegt

nein  ja

Die Pflege wird in der genannten Zeit durchgeführt:

von einem Pflegedienst: .....  
Name/Anschrift/Telefon

.....

in einer Pflegeeinrichtung: .....  
Name/Anschrift/Telefon

.....

von einer selbst beschafften Ersatzkraft: .....  
Name/Anschrift/Telefon

.....

Ich bin mit dieser Person verwandt oder verschwägert

nein  ja, in folgender Weise: .....

Die Person lebt mit mir in häuslicher Gemeinschaft

nein  ja

Name: \_\_\_\_\_

Versichertennummer: \_\_\_\_\_

Die Ersatzpflege wird in der genannten Zeit durchgeführt

in Deutschland

im Ausland (falls ja, in welchem Land: .....).

Werden Leistungen der Eingliederungshilfe nach §§ 53 ff. SGB XII von anderen Leistungsträgern gewährt?

nein

ja, Leistungsträger ist: .....

Ich werde amtlich betreut von .....  
Name/Anschrift/Telefon (zum Beispiel von einem Rechtsanwalt)

**Nur bei stundenweiser Verhinderung der Pflegeperson**

Meine Pflegeperson ist in dem genannten Zeitraum an einzelnen Tagen stundenweise (weniger als acht Stunden) abwesend. Die Leistung wird auf Abruf erbracht. Die Abrechnung wird umgehend nach der Leistungserbringung zur Erstattung eingereicht.

Nähere Begründung:

.....  
.....  
.....  
.....

Wichtig: Der Antrag sollte uns möglichst vor Beginn der Verhinderungspflege vorliegen.

Bei einer etwaigen Überzahlung von Pflegegeld durch die Inanspruchnahme von Verhinderungspflege stimme ich einer Aufrechnung mit zukünftigen Pflegeleistungen durch meine Pflegekasse zu.

Hinweis: Die Daten brauchen wir, damit wir den Antrag bearbeiten können (§ 94 Sozialgesetzbuch (SGB) XI in Verbindung mit §§ 60 ff. SGB I).



.....  
Telefon\*

.....  
Datum

.....  
Unterschrift des Versicherten/Bevollmächtigten/Betreuer

\*Angabe freiwillig