

AOK - Die Gesundheitskasse in Hessen

Antrag auf Leistungen der Pflegekasse bei Verhinderung einer Pflegeperson

Name des/der pflegebedürftigen Versicherten

Geburtsdatum

KV-Nummer

Anschrift

Telefonnummer

Verhinderte Pflegeperson

Name, Vorname

Anschrift

Die häusliche Pflege wurde in den letzten 6 Monaten durch eine private Pflegeperson erbracht.

Zeitraum der Verhinderung (TTMMJJJJ) vom

bis

Angaben zur Art der Verhinderungspflege

Tageweise Verhinderungspflege

Stundenweise Verhinderungspflege (die Pflegeperson ist weniger als 8 Stunden täglich verhindert).

Grund der Verhinderung

Erholungsurlaub Krankheit sonstige Gründe _____

Angaben zur Ersatzpflegeperson

Privatperson

Name, Vorname

Anschrift

Telefon-Nr.

Geburtsdatum

Krankenkasse

Zur pflegebedürftigen Person liegt ein Verwandtschafts-/ Schwägerschaftsverhältnis 1. oder 2. Grades* vor

* Verwandtschaft bis 2. Grad: Kinder, Eltern, Enkelkinder, Großeltern, Geschwister

* Verschwägerung bis 2. Grad: Stiefkinder, Schwiegerkinder, Stief-/Schwiegereltern, Schwieger-/
Stiefenkel, Schwager/Schwägerin, Großeltern des Ehegatten, Stiefgroßeltern

ja nein

Lebt mit pflegebedürftiger Person in häuslicher Gemeinschaft

ja nein

Einsatz Pflegedienst/Stationärer Heimaufenthalt/Behindertenfreizeit Direkte Abrechnung wird gewünscht

Name und Anschrift des Pflegedienstes/Heimes/Veranstalters

Die Richtigkeit vorstehender Angaben wird hiermit bestätigt.

Unterschrift der Ersatzpflegekraft

Ort, Datum (TTMMJJJJ)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Unterschrift des Versicherten bzw. gesetzl. Betreuers oder Bevollmächtigten

AOK - Die Gesundheitskasse in Hessen

Beleg zur Kostenerstattung bei einer Verhinderungspflege durch Privatperson(en)

Bitte diese Seite nach Beendigung der Maßnahme einreichen

Vorname Name des / der pflegebedürftigen Versicherten

Geburtsdatum

KV-Nummer

Anschrift

Verhinderungspflege in der Zeit

von _____ bis _____

Nachweis der entstandenen Aufwendungen:

Ich bestätige hiermit, von Frau/Herrn _____ für geleistete Verhinderungspflege einen Gesamtbetrag in Höhe von _____ EUR erhalten zu haben.

Ort, Datum

Unterschrift der Ersatzpflegekraft

Nur bei Verwandten/Verschwägerten bis zum 2. Grad oder bei häuslicher Gemeinschaft auszufüllen:

Fahrtkosten sind entstanden

mit einem öffentlichen Verkehrsmittel (Nachweis der Höhe erforderlich)

mit dem Privat-PKW (wirtschaftlichste Route)

Fahrt(en) von _____ nach _____ km/insgesamt:

Anzahl der Fahrten: _____

ein Netto-Verdienstaufschlag ist (Bescheinigung des Arbeitgebers erforderlich)

Innerhalb der letzten 12 Monate habe ich in der Zeit von _____ bis _____ eine weitere Ersatzpflege durchgeführt

Name des/der Pflegebedürftigen

ggf. KV-Nummer/Geburtsdatum

Zuständige Pflegekasse

Ort, Datum

Unterschrift der Ersatzpflegekraft

Der Erstattungsbetrag soll auf das Konto des /der Versicherten überwiesen werden.

Eine Überweisung wird auf folgende Bankverbindung erbeten:

IBAN

BIC

Kontoinhaber

Anschrift

Ort, Datum

Unterschrift des Versicherten bzw. gesetzlichen Betreuers oder Bevollmächtigten

Die Richtigkeit vorstehender Angaben wird hiermit bestätigt.

Ort, Datum

Unterschrift des Versicherten bzw. gesetzlichen Betreuers oder Bevollmächtigten

