



QR-Code  
scannen und  
den Antrag  
direkt im  
Onlineportal  
"Meine AOK"  
stellen!

## Mein Antrag auf Verhinderungspflege

### Meine persönlichen Angaben

- Ich bin  
geboren am \_\_\_\_\_
- Meine Anschrift ist \_\_\_\_\_
- Meine KV-Nummer ist \_\_\_\_\_
- Meine Telefonnummer ist \_\_\_\_\_
- Meine E-Mail-Adresse ist \_\_\_\_\_

◀ Die Angabe Ihrer Telefonnummer ist freiwillig

### Meine häusliche Pflege

kann vom\* \_\_\_\_\_ bis\* \_\_\_\_\_

stundenweise  tageweise

wegen\*  Urlaub  Sonstigen Gründen

nicht anderweitig sichergestellt werden.

Meine Pflegeperson heißt\* \_\_\_\_\_

und hat die Anschrift\* \_\_\_\_\_

Sie pflegt mich seit dem\* \_\_\_\_\_

◀ stundenweise: Ihre Pflegeperson ist an einzelnen Tagen weniger als acht Stunden verhindert  
tageweise: Ihre Pflegeperson ist für einen zusammenhängenden Zeitraum mindestens acht Stunden verhindert

### Meine Verhinderungspflege wird durchgeführt\*

von einer erwerbsmäßig tätigen Pflegeperson

Name des Pflegedienstes oder Einrichtung  
\_\_\_\_\_

Straße und Hausnummer \_\_\_\_\_

Postleitzahl und Ort \_\_\_\_\_

von einer Privatperson

Diese heißt \_\_\_\_\_

und hat die Anschrift \_\_\_\_\_

Sie ist telefonisch erreichbar unter \_\_\_\_\_

Ihr entstehen Aufwendungen \_\_\_\_\_

◀ Zum Beispiel: Angehörige, Verwandte oder Nachbarn

◀ Zum Beispiel: Verdienstaussfall oder Fahrkosten

Ich bin mit dieser Privatperson verwandt oder verschwägert

ja, diese Person ist \_\_\_\_\_

nein \_\_\_\_\_

◀ Bitte geben Sie die Art der Verwandtschaft oder Schwägerschaft an

Ich lebe mit dieser Privatperson in einer häuslichen Gemeinschaft

ja

nein

## Bestätigung meiner Angaben\*

Ich versichere, dass meine gemachten Angaben den Tatsachen entsprechen. Mir ist bewusst, dass vorsätzliche Falschangaben zur Einleitung weiterer Prüfungen durch meine Pflegekasse gem. § 47a SGB XI führen und diese möglicherweise sogar strafrechtliche Konsequenzen nach sich ziehen können.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

**Datenschutzhinweis:** Die Daten werden zur Erfüllung unserer Aufgaben nach § 94 Abs. 1 SGB XI zur Prüfung des Anspruchs auf Verhinderungspflege nach § 39 SGB XI verarbeitet. Ihr Mitwirken ist nach § 60 SGB I erforderlich. Fehlt Ihre Mitwirkung, kann über Ihren Anspruch auf Leistungen der Verhinderungspflege nicht entschieden werden. Empfänger Ihrer Daten können im Rahmen gesetzlicher Pflichten und Mitteilungsbefugnisse Dritte oder von uns beauftragte Dienstleister (z. B. IT-Dienstleister) sein. Die nicht mit „\*“ gekennzeichneten Angaben sind freiwillig, erlauben uns aber eine schnelle und unbürokratische Kontaktaufnahme mit Ihnen bei Rückfragen und zu allen Belangen der Krankenversicherung. Ihr Einverständnis zur Nutzung können Sie ohne nachteilige Folgen jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Ausführliche Angaben zum Umfang der Verarbeitung Ihrer Daten finden Sie in der Datenschutzerklärung, die im Internet unter [www.aok.de/bayern/datenschutzerklaerung](http://www.aok.de/bayern/datenschutzerklaerung) sowie durch die AOK-Mitarbeitenden bereitgehalten wird.

Bitte zurück an:

USA  
Ü  
JG

Bei Rückfragen geben Sie bitte an:

**So einfach geht's:** Adressblatt zur Rücksendung und Fragebogen in einen Umschlag - schon ist alles auf dem Weg zu uns.

Sie sind bei der AOK Bayern versichert und möchten die Unterlagen digital einreichen?

**Dann geht's noch schneller:** QR-Code auf Fragebogen scannen, Formular hochladen, fertig.

Absender: