



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?

 Name, Vorname

In welchem **Zeitraum** ist/war diese
 Person verhindert?

Vom

Bis

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

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

Art der Verhinderung

- Stundenweise**, d. h. weniger als 8 Stunden am Tag
 (z. B. Arztbesuche, Einkäufe oder Behördengänge)
- Tageweise** mindestens 8 Stunden am Tag, wegen
- Urlaub
 - Krankheit
 - sonstige Gründe _____



YRCMO38003 15714



Für die Verhinderungspflege nehme ich eine private Ersatzpflegeperson in Anspruch

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

Für die Verhinderungspflege nehme ich einen Pflegedienst/sonstigen Leistungserbringer in Anspruch

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.

