

## Kurzzeitpflege / Verhinderungspflege

Name und Vorname der/des Pflegebedürftigen	Krankenversicherturnummer
--	---------------------------

<b>Anschrift</b>	
Name, Vorname und Anschrift der bisherigen Pflegeperson	oder des Pflegedienstes

### Die Pflege ist erforderlich

#### a) aufgrund von Kurzzeitpflege (vorübergehende Betreuung im Pflegeheim)

- für eine Übergangszeit im Anschluss an die stationäre Krankenhausbehandlung
- weil häusliche Pflege vorübergehend wegen Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit nicht möglich oder nicht ausreichend ist
- aufgrund einer kurzfristigen Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit

#### b) aufgrund von Verhinderungspflege (Betreuung im eigenen Haushalt oder im Pflegeheim)

- aufgrund der Verhinderung der Pflegeperson wegen Krankheit
- aufgrund der Verhinderung der Pflegeperson wegen Urlaub
- sonstige Gründe: \_\_\_\_\_

### Die Pflege wird durchgeführt:

- in meinem Haushalt
- teilstationär (Tages- oder Nachtpflege)       und in meinem Haushalt
- stationär

### Die häusliche oder stationäre Pflege wird durchgeführt von

Name und Anschrift der Pflegeeinrichtung oder privaten Pflegeperson	
Die private Ersatz-Pflegeperson ist mit dem/der Pflegebedürftigen verwandt <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja; Verwandtschaftsverhältnis (Großmutter, Schwester, Nichte, etc.) angeben: _____	
<b>ab:</b> <small>(bitte Datum angeben)</small>	<b>voraussichtlich bis:</b> <small>(bitte Datum angeben)</small> <span style="float: right;">▼ Tage ▼ Wochen</span>
<b>ganzjährig</b>	
<b>Verhinderung der Pflegeperson</b>	<b>Anwesenheit der Ersatzpflege</b>
▼ Std. je Tag    ▼ Tage je Woche    ▼ stundenweise	▼ Std. je Tag    ▼ Tage je Woche    ▼ stundenweise

## Übertragung von Ansprüchen

- Meine Ansprüche auf Kurzzeit- und Verhinderungspflege sollen unverändert bleiben.
- Ich möchte meinen Anspruch auf Verhinderungspflege auf die Kurzzeitpflege übertragen
- in voller Höhe
- in Höhe von \_\_\_\_\_ €  für \_\_\_\_\_ Tage
- Ich möchte meinen Anspruch auf Kurzzeitpflege anteilig auf die Verhinderungspflege übertragen
- in Höhe von 806,00 €
- in Höhe von \_\_\_\_\_ €

**Mir ist bewusst, dass ich die übertragenen Leistungen nicht mehr für die ursprüngliche Leistung nutzen kann.**

Vorstehende Angaben habe ich nach bestem Wissen und wahrheitsgemäß gemacht.

---

Ort, Datum

Unterschrift der/des Pflegebedürftigen/Bevollmächtigten

Datenschutzhinweis: die Erhebung der Daten beruht auf § 94 Sozialgesetzbuch (SGB) XI und ist zur rechtmäßigen Erfüllung unserer Aufgaben erforderlich. Zur Mitteilung der erfragten Angaben sind Sie nach § 60 SGB I verpflichtet.