

## Antrag auf Leistungen der Pflegekasse bei Verhinderung einer Pflegeperson

Name, Vorname Versicherten / KV-Nummer/Geburtsdatum

Anschrift Telefonnummer

### Angaben zu meiner bisherigen/jetzigen Pflegeperson

Name, Vorname geb. am Anschrift Telefon

Zeitraum der Verhinderung von \_\_\_\_\_ 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: \_\_\_\_\_

#### Verhinderungspflege

- Mit dem Pflegeunterstützungs- und Entlastungsgesetz (PUEG) werden ab dem 1. Juli 2025 die bisherigen Leistungen für Verhinderungs- und Kurzzeitpflege in einem gemeinsamen Jahresbudget von 3.539,00 € zusammengeführt. Sofern der Höchstbetrag von 3.539,00 EUR für längstens 8 Wochen je Kalenderjahr nicht überschritten wird.

#### Angaben zur Ersatzpflegeperson

##### a) Privatperson

Name, Vorname Anschrift Telefon

#### Die Ersatzpflegeperson lebt mit der/dem Pflegebedürftigen in häuslicher Gemeinschaft

- ja  nein

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

- \* Verwandtschaft bis 2. Grad: Kinder, Eltern, Enkelkinder, Großeltern, Geschwister  
\* Verschwiegerung bis 2. Grad: Stiefkinder, Schwiegersöhne/-töchter, Stief-/Schwiegereltern, Schwieger-/Stiefeltern, Ehegatten von Geschwistern, Großeltern des Ehegatten, Stieff Großeltern

- ja  nein

Innerhalb der letzten 12 Monate habe ich in der Zeit vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ eine weitere Ersatzpflege durchgeführt.

Name des/der weiteren Pflegebedürftigen / KV-Nummer/Geburtsdatum

##### b) Einsatz eines Pflegedienstes

Name und Anschrift des Pflegedienstes, Institutionskennzeichen

##### c) Stationärer Heimaufenthalt

Name und Anschrift des Heimes/Veranstalters

Die Richtigkeit vorstehender Angaben wird hiermit bestätigt.

Datum und Unterschrift der bisherigen Pflegeperson

Datum, Unterschrift des Versicherten bzw. des Bevollmächtigten oder des gesetzlich bestellten Betreuers

## **Beleg auf Kostenerstattung bei einer Verhinderungspflege durch Privatperson(en)**

**Bitte diese Seite nach Beendigung der Maßnahme einreichen**

Name, Vorname Versicherten \_\_\_\_\_ / KV-Nummer/Geburtsdatum \_\_\_\_\_

**Zeitraum der Verhinderungspflege** von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

- Sofern der Höchstbetrag von 3.539,00 EUR für längstens 8 Wochen je Kalenderjahr nicht überschritten wird.  
Mit dem Pflegeunterstützungs- und Entlastungsgesetz (PUEG) werden ab dem 1. Juli 2025 die bisherigen Leistungen für Verhinderungs- und Kurzzeitpflege in einem gemeinsamen Jahresbudget von 3.539,00 € zusammengeführt.

### **Nachweis der entstandenen Aufwendungen**

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

### **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 Fahrtroute)  
Fahrt(en) von \_\_\_\_\_ nach \_\_\_\_\_ km/insgesamt: \_\_\_\_\_
- Netto-Verdienstausfall ist entstanden** (Bescheinigung des Arbeitgebers erforderlich)

Die Richtigkeit vorstehender Angaben wird hiermit bestätigt.

Datum, Unterschrift der Ersatzpflegeperson

Datum, Unterschrift des Versicherten bzw. des Bevollmächtigten oder des gesetzlich bestellten Betreuers