

# Antrag auf Leistungen der Pflegekasse bei Verhinderung einer Pflegeperson

Name, Vorname Versicherten

KV-Nummer/Geburtsdatum

Anschrift

Telefonnummer

## Angaben zu meiner bisherigen/jetzigem 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

\* Verschwägerung bis 2. Grad: Stiefkinder, Schwiegersöhne-/töchter, Stief-/Schwiegereltern, Schwieger-/Stiefenkel, Ehegatten von Geschwistern, Großeltern des Ehegatten, Stiefgroßeltern

- ☐ 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-Verdienstaufschlag 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