

**Gut zu wissen:** Die Verarbeitung der Daten erfolgt zur Leistungsgewährung nach § 39 SGB XI. Die BARMER speichert diese für 6 Jahre und löscht sie anschließend. Sofern die gesetzlichen Voraussetzungen vorliegen, gibt es ein Recht auf Auskunft, Berichtigung und Löschung oder Einschränkung sowie das Recht auf Datenübertragbarkeit.

**BARMER**



Pflegekasse

**BARMER**  
**73524 Schwäbisch Gmünd**

**Absender**

Ihr Schreiben vom  
Versichertennummer

### Antrag auf Verhinderungspflege

**– Bitte füllen Sie den Antrag in Druckbuchstaben aus! –**

Ich beantrage:

- tageweise Verhinderungspflege:** Meine Pflegeperson ist mindestens acht Stunden am Tag verhindert (z.B. Urlaubsreise, Aufenthalt im Krankenhaus).
- stundenweise Verhinderungspflege:** Meine Pflegeperson ist weniger als acht Stunden am Tag verhindert (z.B. für Einkäufe, Behördengänge oder Freizeitaktivitäten).

---

#### Zeitraum der Verhinderung

Datum

Datum

Kalenderjahr

vom  bis  oder

---

#### Grund der Verhinderung

- Urlaub der Pflegeperson

Angabe des Grundes

- sonstige Gründe: \_\_\_\_\_

#### Welche Pflegeperson ist verhindert? (Angaben nur erforderlich, wenn Sie mehrere private Pflegepersonen haben.)

Vorname der verhinderten Pflegeperson

Geburtsdatum der verhinderten Pflegeperson

Name der verhinderten Pflegeperson

Ich werde bereits seit sechs Monaten zu Hause gepflegt.

- nein
- ja

**Pflegekasse**

Name

Ihre Zeichen

**Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen!**

**Wer übernimmt die Pflege?**

private Vertretungskraft     Pflegedienst     stationäre Pflegeeinrichtung

Vorname und Name der privaten Vertretung / Name des Pflegedienstes / Name der stationären Pflegeeinrichtung

\_\_\_\_\_  
Straße Nr.

\_\_\_\_\_  
PLZ Ort

\_\_\_\_\_  
Telefonnummer der privaten Vertretungskraft (freiwillige Angabe mit Einverständnis der Vertretungskraft)

\_\_\_\_\_

Mit der privaten Vertretungskraft bin ich bis zum zweiten Grad verwandt bzw. verschwägert?

Art der Verwandtschaft oder Schwägerschaft (z. B. Enkelin, Schwiegersohn)

nein     ja    ► \_\_\_\_\_

Die Vertretungskraft lebt mit mir in einem Haushalt     nein     ja

**Nutzung meines Anspruchs auf Kurzzeitpflege**

Reichen die Mittel der Verhinderungspflege nicht aus, möchte ich die Hälfte meines Anspruchs auf Kurzzeitpflege (maximal 806,00 Euro) verwenden. Dies ist nur möglich, wenn der Anspruch noch nicht verbraucht wurde.

nein     ja

**Unterschrift**

Datum/Unterschrift der/des Versicherten bzw. der/des Bevollmächtigten

Ich bin tagsüber erreichbar unter  
Telefonnummer (Angabe ist freiwillig)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_