

BKK Diakonie  
Pflegeversicherung  
Königsweg 8  
33617 Bielefeld

### Antrag auf Verhinderungspflege

Name, Vorname des / der Pflegebedürftigen	Geburtsdatum
Straße und Hausnummer	Telefonnummer
PLZ und Ort	Versichertennummer

Ich beantrage Verhinderungspflege, weil die bisherige Pflegeperson aus folgendem Grund verhindert ist: (z.B. Urlaub, Krankheit, Freizeit, persönliche Erledigungen)	Verhinderungsgrund – bitte konkret benennen
Kontaktdaten der bisherigen Pflegeperson	Name
	Anschrift
	Telefon
	Pflege seit

Die Pflegeperson ist von der Pflege abwesend:
<input type="checkbox"/> unter 8 Stunden am Tag
<input type="checkbox"/> über 8 Stunden am Tag
Die Pflege soll erbracht werden in der Zeit
vom: _____ bis: _____
<input type="checkbox"/> Ich beantrage die Übertragung von Leistungen der Kurzzeitpflege zu _____ € (max. 806,00 €, ab 01.01.2025 max. 843,00 €)

**Während der Abwesenheit meiner bisherigen Pflegeperson soll die Pflege erbracht werden:**

<input type="checkbox"/> <b>außerhalb des Hauses</b> <input type="checkbox"/> <b>durch einen Pflegedienst zuhause</b>	Name und Anschrift <hr/> <hr/>
<input type="checkbox"/> <b>durch eine Privatperson</b> Die Privatperson ist mit mir ver- wandt/verschwägert:  <input type="checkbox"/> <b>Ja, in folgendem Verwandtschafts-          /Schwägerschaftsverhältnis:</b> <hr/> <input type="checkbox"/> <b>Nein</b>	Name <hr/> Straße <hr/> PLZ, Wohnort <hr/>

Hiermit versichere ich, dass alle von mir auf diesem Formular gemachten Angaben wahrheitsgemäß und richtig sind. Bei einer etwaigen Überzahlung von Pflegegeld durch die Inanspruchnahme von Verhinderungspflege stimme ich einer Aufrechnung mit zukünftigen Pflegeleistungen durch meine Pflegekasse zu.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der/des Versicherten, des Betreuers oder ge-  
setzlichen Vertreters

**Hinweis:** Ansprüche auf eine Verhinderungspflege können nur im tatsächlich geleisteten Umfang erstattet werden und dieser Umfang muss durch die Ersatzpflegekraft schriftlich bestätigt werden. Die Zahlung erfolgt direkt an die Ersatzpflegekraft oder nach Vorlage eines Zahlungsbeleges an Sie.

**Datenschutzhinweis:** Die persönlichen Daten (Sozialdaten) brauchen wir, um unsere Aufgaben richtig zu erledigen. Die Rechtsgrundlage hierfür ist § 94 SGB XI.