

BKK Pflegekasse firmus  
28192 Bremen

## Antrag auf Pflegeleistungen bei Verhinderung der Pflegeperson

| Personalien                                                                                                                                                                                          |                                                                                    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|
| Name, Vorname des Pflegebedürftigen                                                                                                                                                                  | Krankenversicherungsnummer                                                         |
| Anschrift des Pflegebedürftigen                                                                                                                                                                      | Telefon                                                                            |
| Ich beantrage ab _____ bis _____.                                                                                                                                                                    |                                                                                    |
| <input type="checkbox"/> <b>häusliche Pflege</b> wegen Verhinderung der Pflegeperson.<br>Für diesen Zeitraum wird die Pflege in der häuslichen Umgebung des Pflegebedürftigen durchgeführt von einer |                                                                                    |
| <input type="checkbox"/> <b>Privatperson</b>                                                                                                                                                         |                                                                                    |
| Name, Vorname, Telefon                                                                                                                                                                               |                                                                                    |
| Anschrift                                                                                                                                                                                            | Krankenkasse                                                                       |
| <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein                                                                                                                                            | <b>Verwandt oder verschwägert bis zum 2. Grad mit dem Pflegebedürftigen:</b> _____ |
| <input type="checkbox"/> <b>Vertragspflege-einrichtung</b>                                                                                                                                           |                                                                                    |
| Name und Anschrift der Einrichtung                                                                                                                                                                   |                                                                                    |
| Pflegeperson, Telefon                                                                                                                                                                                |                                                                                    |
| Der Umfang der Pflegetätigkeit beträgt pro Tag _____ Stunden.                                                                                                                                        |                                                                                    |
| <input type="checkbox"/> <b>stationäre Kurzzeitpflege</b> , da vorübergehend eine häusliche oder teilstationäre Pflege nicht möglich bzw. nicht ausreichend ist.                                     |                                                                                    |
| Name der Pflegeeinrichtung                                                                                                                                                                           | Anschrift                                                                          |
| <b>Grund der Verhinderung (z.B. Erholungsurlaub, Erkrankung der Pflegeperson)</b>                                                                                                                    |                                                                                    |
| <input type="checkbox"/> <b>häusliche Pflege:</b> <input type="checkbox"/> Erholungsurlaub <input type="checkbox"/> Erkrankung der Pflegeperson <input type="checkbox"/> Sonstige Gründe             |                                                                                    |
| <input type="checkbox"/> <b>Stationäre Kurzzeitpflege:</b> <input type="checkbox"/> Erholungsurlaub <input type="checkbox"/> Erkrankung der Pflegeperson <input type="checkbox"/> Sonstige Gründe    |                                                                                    |

Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift des Versicherten bzw. des/der Bevollmächtigten \_\_\_\_\_

### Datenschutzhinweis:

Um sachgerecht über Ihren Antrag entscheiden zu können, ist Ihre Mitwirkung nach § 60 SGB I erforderlich. Wir möchten Sie deshalb bitten, die gestellten Fragen vollständig zu beantworten. Fehlt Ihre Mitwirkung, kann dies zu Nachteilen bei den Leistungsansprüchen nach § 39 (häusliche Pflege) und § 42 (Kurzzeitpflege) SGB XI führen.