

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 \_\_\_\_\_ .

**häusliche Pflege** wegen Verhinderung der Pflegeperson.  
Für diesen Zeitraum wird die Pflege in der häuslichen Umgebung des Pflegebedürftigen durchgeführt von einer

**Privatperson**

Name, Vorname, Telefon	
Anschrift	Krankenkasse

ja  nein **Verwandt oder verschwägert bis zum 2. Grad mit dem Pflegebedürftigen:** \_\_\_\_\_

**Vertragspflegeeinrichtung**

Name und Anschrift der Einrichtung
Pflegeperson, Telefon

stundenweise (wenn die Pflegeperson weniger als 8 Stunden verhindert ist).

tageweise (wenn die Pflegeperson für einen zusammenhängenden Zeitraum, mindestens jedoch für 8 Stunden pro Tag, verhindert ist).

**stationäre Kurzzeitpflege**, da vorübergehend eine häusliche oder teilstationäre Pflege nicht möglich bzw. nicht ausreichend ist.

\_\_\_\_\_  
Name der Pflegeeinrichtung

\_\_\_\_\_  
Anschrift

### Grund der Verhinderung (z.B. Erholungsurlaub, Erkrankung der Pflegeperson)

- häusliche Pflege:**  Erholungsurlaub  Erkrankung der Pflegeperson  Sonstige Gründe
- Stationäre Kurzzeitpflege:**  Erholungsurlaub  Erkrankung der Pflegeperson  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.