

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.