

Bitte senden an:

BKK\_DürkoppAdler  
Pflegekasse  
Stieghorster Str. 66  
33605 Bielefeld

- Antrag auf Leistungen der Kurzzeitpflege nach § 42 SGB XI**
- Antrag auf Übertrag von bis zu 100 % der noch nicht in Anspruch genommenen Mittel der Verhinderungspflege** (Der Anspruch auf die Kurzzeitpflege erhöht sich dadurch auf bis zu 3.224,00 €. Ich bin darüber informiert, dass sich der Anspruch auf die Verhinderungspflege um den in Anspruch genommenen Betrag vermindert.)
- Antrag auf Leistungen der Verhinderungspflege nach § 39 SGB XI**
- Antrag auf Übertrag von bis zu 50 % der noch nicht in Anspruch genommenen Kurzzeitpflegeleistungen** (Der Leistungsanspruch für die Verhinderungspflege wird dadurch um bis zu 806,00 € erhöht. Ich bin darüber informiert, dass sich der Anspruch auf die Kurzzeitpflege um den in Anspruch genommenen Betrag vermindert.)

(bitte zutreffendes ankreuzen)

Name, Vorname, Geburtsdatum der/des Pflegebedürftigen

Zeitraum der Kurzzeitpflege bzw. Zeitraum der Verhinderung der Pflegeperson

vom: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_

**Kurzzeitpflege:**

Grund für die Durchführung der Kurzzeitpflege:

- Erholungsurlaub der Pflegeperson  
 Erkrankung der Pflegeperson  
 nach Krankenhausaufenthalt der pflegebedürftigen Person  
 \_\_\_\_\_

Der Pflegeeinrichtung darf eine Ausfertigung des Bescheides zugesandt werden?

Ja  Nein

bitte wenden

## Verhinderungspflege:

Welche Sie normalerweise betreuende Person ist/war verhindert? \_\_\_\_\_

Name, Vorname

Aus welchen Gründen ist/war diese Person verhindert?

Ganztägige Verhinderung wegen:  
(8 Stunden täglich)

- Urlaub  
 Rehabilitationsmaßnahme  
 Krankenhausaufenthalt  
 \_\_\_\_\_

Stundenweise Verhinderung wegen:  
(unter 8 Stunden täglich)

- Entlastung  
 sonstige Private Gründe (z.B. Arztbesuche, Einkaufen)

Seit wann werden Sie von Ihrer Pflegeperson pflegerisch betreut? \_\_\_\_\_

**Die Kurzzeitpflege bzw. die Verhinderungspflege wird durchgeführt von:**

Name der Kurzzeitpflegeeinrichtung bzw.

Name der Ersatzpflegeperson, des Vertragspflagedienstes bzw. der Pflegeeinrichtung

Anschrift

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der/des Versicherten bzw. des Bevollmächtigten <sup>1</sup>

<sup>1</sup>mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich vorstehende Angaben vollständig und wahrheitsgemäß gemacht habe. Mir ist bewusst, dass unrichtige Angaben zu einer strafrechtlichen Verfolgung führen können.

Datenschutzhinweis: Die Daten werden zur Erfüllung unserer Aufgaben nach § 94 Abs. 1 SGB XI zum Zwecke der Gewährung von Verhinderungspflege nach § 39 SGB XI oder Kurzzeitpflege nach § 42 SGB XI erhoben und verarbeitet. Ihr Mitwirken ist nach § 60 SGB I erforderlich. Fehlende Mitwirkung kann zu Nachteilen z.B. bei den Leistungsansprüchen führen. Empfänger Ihrer Daten können im Rahmen gesetzlicher Pflichten und Mitteilungsbefugnisse Dritte oder von uns beauftragte Dienstleister sein. Die datenschutzrechtlichen Hinweise und Informationen zur Verarbeitung Ihrer Daten finden Sie auf unserer Webseite unter [www.bkk-da.de](http://www.bkk-da.de) oder fordern Sie diese Informationen gerne direkt bei uns unter [datenschutz@bkk-da.de](mailto:datenschutz@bkk-da.de) oder per Post BKK\_DürkoppAdler, Datenschutzbeauftragter, Stieghorster Str. 66, 33605 Bielefeld an.