Absender:

Name, Vorname Straße Nr. Postleitzahl Ort

AOK – Die Gesundheitskasse
für Niedersachsen
Servicezentrum Name Ihres AOK-Servicezentrums
Straße des Servicezentrums
PLZ und Ort des Servicezentrums

Antrag auf häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson

Guten Tag,

den "Antrag auf häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson"
habe ich unterschrieben beigefügt.

Mit freundlichen Grüßen

_____
Unterschrift

Anlage

AOK – Die Gesundheitskasse für Niedersachsen

Antrag auf Verhinderungspflege

Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Versichertennummer: _____ Telefonnummer: _____

Ich beantrage Verhinderungspflege vom __.__.____ bis __.__.____ aus folgendem Grund:

- ☐ Erholungsurlaub der Pflegeperson
- ☐ Sonstige Gründe
- ☐ Abwesenheit der Pflegeperson

Angaben zu meiner verhinderten Pflegeperson:

Name, Vorname _____

Meine Pflegeperson

pflegt mich bereits 6 Monate ☐ nein ☐ ja

ist in folgendem Umfang verhindert ☐ mindestens 8 Stunden am Tag ☐ unter 8 Stunden am Tag

Für die Dauer der Verhinderung wird die Pflege ausgeführt von

☐ Pflegeheim: _____
Name und Anschrift

☐ Pflegedienst: _____
Name und Anschrift

☐ Privatperson: _____
Name, Vorname und Anschrift

Bei Ersatzpflege durch eine Privatperson:

Es besteht eine häusliche Gemeinschaft ☐ nein ☐ ja

Die Person ist mit mir verwandt oder verschwägert

☐ nein ☐ ja _____
Verwandtschaftsverhältnis (z. B. Großeltern, (Schwieger)-Eltern, Kinder, Enkel, Geschwister, Schwager /Schwägerin)

Hat die Person im laufenden Kalenderjahr bereits Verhinderungspflege durchgeführt?

☐ nein ☐ ja, vom __.__.____ bis __.__.____

Ich möchte zur Deckung meiner Kosten zusätzlich nicht verbrauchte Leistungsbeträge aus der Kurzzeitpflege übernehmen (max. 806,00 Euro):

☐ nein ☐ ja

Ich bin damit einverstanden, dass der Betrag der Verhinderungspflege bei Ersatzpflege durch einen Pflegedienst oder ein Pflegeheim direkt an den Leistungserbringer ausgezahlt wird:

☐ nein ☐ ja

Datenschutzhinweis: Die Daten werden zur Erfüllung unserer Aufgaben nach § 94 Abs. 1 SGB XI zum Zwecke der leistungsrechtlichen Prüfung Ihres vorliegenden Antrages auf Leistungen aus der Pflegeversicherung nach § 39 SGB XI erhoben und verarbeitet. Ihr Mitwirken ist nach § 60 SGB I erforderlich. Fehlende Mitwirkung kann zu Nachteilen bei den Leistungsansprüchen führen. Allgemeine Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten finden Sie unter www.aok.de/nds/datenschutzrechte.

_____ _____

Datum Unterschrift

Deutsche Post
ANTWORT

AOK – Die Gesundheitskasse
für Niedersachsen
Beleglesecenter
38083 Braunschweig

Bitte verwenden Sie dieses Blatt für die Rücksendung. Falls Sie ergänzende Unterlagen einreichen, übersenden Sie uns bitte ausschließlich Kopien.

Vielen Dank