

### **Antrag auf Leistungen bei Verhinderung der Pflegeperson**

beiliegend erhalten Sie einen Antrag auf Leistungen der sozialen Pflegeversicherung. Bitte füllen Sie den Vordruck vollständig aus und senden Sie uns diesen unterschrieben zurück.

Falls Sie Interesse oder Fragen rund um die Pflegeversicherung haben, schreiben Sie uns oder rufen Sie uns an - wir beraten Sie gern.

An dieser Stelle noch ein Hinweis: Sie suchen für sich oder einen Angehörigen einen ambulanten Pflegedienst oder eine geeignete teil- bzw. vollstationäre Pflegeeinrichtung (z. B. zur vorübergehenden Kurzzeitpflege oder dauerhaften Heimunterbringung) in Ihrer Nähe?

Mit dem Pflegelotsen der KKH finden Sie Informationen über Angebote von Leistungserbringern im Bereich der ambulanten und stationären Pflege. Er enthält Angaben zur Struktur und zu Preisen sowie die Anschriften. Der Pflegelotse steht Ihnen über unsere Homepage unter [www.kkh.de/pflegelotse](http://www.kkh.de/pflegelotse) zur Verfügung.

Sofern Sie eine individuelle Pflegeberatung wünschen, sind wir für Sie rund um die Uhr über die KKH Gesundheitshotline unter der Rufnummer 089 9 50 08 41 88 oder per E-Mail unter [gesundheitshotline@kkh.de](mailto:gesundheitshotline@kkh.de) erreichbar.

Anlage

PFLEGEKASSE

Deutsche Post   
ANTWORT

KKH Kaufmännische Krankenkasse  
Pflegekasse  
30125 Hannover

Name \_\_\_\_\_  
Servicezeichen \_\_\_\_\_  
(falls vorhanden)

### Antrag auf Verhinderungspflege (§ 39 SGB XI)

Leistungen werden beantragt für \_\_\_\_\_

geb. am \_\_\_\_\_ Servicezeichen \_\_\_\_\_

Ich habe einen Anspruch auf Beihilfe oder Heilfürsorge nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen.  nein  ja

#### Angaben zur ständigen Pflegeperson

Name, Anschrift \_\_\_\_\_

Die Pflege wird durchgeführt seit \_\_\_\_\_

Verhinderung der Pflegeperson aufgrund:  Erholungsurlaub  
 sonstige Gründe: \_\_\_\_\_

Verhinderungszeitraum vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Bei stundenweiser Verhinderung: \_\_\_\_\_ Stunden am Tag

**Angaben zu der Ersatz-Pflegeperson**

PFLEGEKASSE

Für die Dauer der Verhinderung der ständigen Pflegeperson wird die Pflege durchgeführt von

---

(Name und Anschrift der Pflegeperson oder Pflegeeinrichtung)

Die Ersatz-Pflegeperson ist mit dem Pflegebedürftigen bis zum zweiten Grade verwandt

oder verschwägert\*     ja                       nein

Die Ersatz-Pflegeperson lebt mit dem Pflegebedürftigen in häuslicher Gemeinschaft.

ja                       nein

Die Angaben werden zur Erfüllung der Aufgaben der Pflegekasse bei der KKH nach § 94 Abs. 1 SGB XI zum Zwecke der Bearbeitung Ihres Antrags auf Verhinderungspflege nach § 39 SGB XI erhoben und verarbeitet. Ihr Mitwirken ist nach § 60 SGB I erforderlich. Fehlende Mitwirkung kann zu Nachteilen (z.B. bei den Leistungsansprüchen nach § 39 SGB XI) führen. Näheres zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten entnehmen Sie bitte unserer Internetseite [kkh.de/datenschutz](http://kkh.de/datenschutz).

---

Ort und Datum

---

Unterschrift\*\*

- \*) Verwandte bis zum zweiten Grade: Eltern, Kinder, Großeltern, Enkelkinder, Geschwister.  
Verschwägerte bis zum zweiten Grade: Stiefeltern, Stiefkinder, Stiefenkelkinder (Enkelkinder des Ehegatten), Schwiegereltern, Schwiegerkinder (Schwiegersohn/Schwiegertochter), Schwiegerenkel (Ehegatten der Enkelkinder), Großeltern der Ehegatten, Stiefgroßeltern, Schwager/Schwägerin
- \*\*) Unterschrift des Versicherten, seines Bevollmächtigten/Betreuers (Nachweis hierzu bitte beifügen) oder des Erziehungsberechtigten (nur wer das 15. Lebensjahr vollendet hat, kann selbst Anträge auf Sozialleistungen stellen. Andernfalls bitte Unterschrift des gesetzlichen Vertreters).