

# Antrag/Abrechnung von Verhinderungspflege

AOK Rheinland/Hamburg  
Die Gesundheitskasse



AOK Rheinland/Hamburg – Die Gesundheitskasse  
40466 Düsseldorf

40466 Düsseldorf

Vorname Name des/der Pflegebedürftigen

Geburtsdatum

Straße und Hausnummer

Versichertennummer

Postleitzahl und Wohnort

Telefon\*

Ich beantrage

stundenweise Verhinderungspflege für das  vorherige  laufende  folgende Kalenderjahr.

Meine Pflegeperson ist weniger als 8 Stunden täglich verhindert.

tageweise Verhinderungspflege für den Zeitraum

vom

bis

Meine Pflegeperson

Vorname Name der Pflegeperson

Geburtsdatum

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Wohnort

ist wegen  Urlaub  Krankheit  aus anderen Gründen an der Pflege gehindert.

Die Pflege wird in der genannten Zeit übernommen von

einem Pflegedienst

einer selbst beschafften Ersatzpflegekraft

Name des Pflegedienstes / Vorname Name der Ersatzpflegekraft

Straße Hausnummer des Pflegedienstes

Postleitzahl Ort des Pflegedienstes

Mit der Ersatzpflegekraft lebe ich in häuslicher Gemeinschaft.

Mit der selbstbeschafften Ersatzpflegekraft bin ich verwandt oder verschwägert.

Bitte Verwandtschafts-/Schwägerschaftsverhältnis angeben

Bitte ausfüllen, wenn eine der beiden Fragen mit X beantwortet wurde

Der Ersatzpflegeperson sind Kosten (z.B. Fahrkosten, Verdienstausschlag) in Höhe von  EUR entstanden, die Nachweise sind beigefügt.



Vorname Name

Versichertennummer

- Ich wurde vor Beginn der Verhinderungspflege mindestens 6 Monate von einer privaten Pflegeperson gepflegt.
- Ich bitte die AOK Rheinland/Hamburg, mir den höchstmöglichen Betrag auszuzahlen (zusätzliche Umwidmung der Leistungen der Kurzzeitpflege).
- Die Ersatz-/Verhinderungspflegekraft wird weiterhin benötigt, bitte senden Sie mir einen weiteren Abrechnungsbogen zu.

Bei einer Überzahlung von im Voraus gezahltem Pflegegeld durch die Inanspruchnahme der Verhinderungspflegeleistung stimme ich einer Verrechnung mit zukünftigen Pflegeleistungen durch meine Pflegekasse zu.

Datum

Unterschrift Pflegebedürftige/r, Betreuer/in, Bevollmächtigte/r

### Bestätigung und Abrechnung der Ersatz-/Verhinderungspflegekraft

Für die **tageweise** Ersatz-/Verhinderungspflege habe ich  EUR erhalten

Ich habe wie folgt **stundenweise** Ersatz-/Verhinderungspflege geleistet:

Datum	Uhrzeit von - bis	Stunden	Datum	Uhrzeit von - bis	Stunden	Datum	Uhrzeit von - bis	Stunden

Ich habe für  Stunden insgesamt  EUR erhalten.

Hiermit bestätige ich, dass ich die Ersatz-/Verhinderungspflege durchgeführt und dafür den o. g. Betrag erhalten bzw. den Erhalt mit der/dem Pflegebedürftigen vereinbart habe.

Datum

Unterschrift der Ersatz-/Verhinderungspflegekraft

Die mit \* gekennzeichneten Angaben sind freiwillig, erlauben uns aber eine schnelle und unbürokratische Kontaktaufnahme mit Ihnen bei Rückfragen und zu allen Belangen der Pflegeversicherung und vielfältigen Leistungs- und Serviceangeboten der AOK Rheinland/Hamburg. Dieser Nutzung können Sie jederzeit widersprechen.

#### Datenschutzhinweis

Die Daten werden zur Erfüllung unserer Aufgaben nach § 94 Abs. 1 SGB XI zum Zwecke der Genehmigung von Verhinderungspflege nach § 39 SGB XI erhoben und verarbeitet. Ihr Mitwirken ist nach § 60 SGB I erforderlich. Fehlende Mitwirkung kann zu Nachteilen, z. B. keine Übernahme der Leistung, führen. Empfänger Ihrer Daten können im Rahmen gesetzlicher Pflichten und Mitteilungsbefugnisse Dritte oder von uns beauftragte Dienstleister sein. Allgemeine Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten finden Sie unter [aok.de/rh/datenschutzrechte](http://aok.de/rh/datenschutzrechte) oder stellen wir Ihnen auf Wunsch zur Verfügung. Bei Fragen wenden Sie sich an die AOK Rheinland/Hamburg, Kasernenstr. 61, 40213 Düsseldorf, oder unseren Datenschutzbeauftragten unter [datenschutz@rh.aok.de](mailto:datenschutz@rh.aok.de).

