

Absender

Versicherungsnummer

Postbeamtenkrankenkasse  
70467 Stuttgart

Mitglied (Name, Vorname)

Datum

Telefon

**Ergänzende Angaben zum Leistungsantrag bei Verhinderung der Pflegeperson**

Wir erstatten ausschließlich Leistungen, die bereits erbracht wurden. Pauschale, in die Zukunft gerichtete Angaben können nicht berücksichtigt werden.

**Angaben zur pflegebedürftigen Person**

Name		
Vorname		
Geburtsdatum		
Straße und Hausnummer		
PLZ und Ort		

**Angaben zur Pflegeperson, die verhindert ist**

Name		
Vorname		
Geburtsdatum		
Straße und Hausnummer		
PLZ und Ort		

Die Pflegeperson führt die häusliche Pflege durch seit:

Die Pflegeperson war verhindert wegen:

Urlaub

Krankheit

Sonstiges

Die Pflegeperson war **tageweise** verhindert, also ab 8 Stunden pro Tag.

von

bis

Die Pflegeperson war **stundenweise** verhindert, also unter 8 Stunden pro Tag. Bitte geben Sie in der Übersicht die konkreten Ausfallzeiten der Pflegeperson in Stunden an. Die Einsatzdauer der Ersatzpflegeperson ist für die Leistungsfestsetzung nicht ausreichend.

Tragen Sie die Ausfallzeiten in der nachstehenden Tabelle ein.

Datum	Dauer in Stunden	Datum	Dauer in Stunden

### Angaben zur Ersatzpflegeperson

Während der Verhinderung der genannten Pflegeperson wurde die häusliche Pflege durchgeführt von:

Erwerbsmäßige  
Pflegekraft bzw.  
Pflegedienst

oder

Privatperson

Name des Pflegedienstes / der Einrichtung

Straße und Hausnummer

PLZ und Ort

oder

Name der Privatperson

Vorname der Privatperson

Straße und Hausnummer

PLZ und Ort

Die Ersatzpflegeperson (Privatperson) ist bis zum 2. Grad verwandt oder verschwägert mit der pflegebedürftigen Person.

Ja

Hierzu zählen: Eltern, Geschwister, Kinder, Großeltern, Enkelkinder, Stiefeltern, Stiefkinder, Stiefenkelkinder, Schwiegereltern, Schwiegerkinder, Schwiegerenkel, Großeltern der Ehegatten, Stiefgroßeltern, Schwager/ Schwägerin

Ja

Die Ersatzpflegeperson (Privatperson) lebt mit der pflegebedürftigen Person in häuslicher Gemeinschaft.

Telefonnummer einer Kontaktperson für eventuelle Rückfragen



Ort, Datum

Unterschrift Mitglied bzw. bevollmächtigte Person

Absender

Versicherungsnummer

Postbeamtenkrankenkasse  
70467 Stuttgart

Mitglied (Name, Vorname)

Telefon

---

### Zur Vorlage bei der Pflegekasse

---

**Quittung für die Verhinderungspflege: Von der Ersatzpflegeperson auszufüllen, sofern keine separate Quittung eingereicht wird:**

**Hinweis:**

**Wurde für die Verhinderungspflege ein ambulanter Pflegedienst oder eine (teil-)stationäre Einrichtung in Anspruch genommen, reichen Sie bitte diese Rechnung zur Erstattung ein.**

---

Pflegebedürftige Person

---

Vollständiger Name der Ersatzpflegeperson

---

Für die Verhinderungspflege habe ich für die Zeit vom

bis

insgesamt in €  
erhalten

**Hinweise:**

Wir erstatten ausschließlich Leistungen, die bereits erbracht wurden. In die Zukunft gerichtete Angaben können nicht berücksichtigt werden. Reichen Sie alle Unterlagen zusammen mit dem Leistungsantrag ein.

Ort, Datum

---

Unterschrift der Ersatzpflegeperson