



Ihr Serviceteam für  
Pflegeleistungen

Ihre Versichertennummer

AOK NordWest  
Die Gesundheitskasse.  
58079 Hagen

## Antrag auf Verhinderungspflege

Vor- und Nachname der/des Versicherten

Adresse (Straße, PLZ und Ort) der/des Versicherten

Zeitraum der Verhinderungspflege:

TT.MM.JJJJ

bis

TT.MM.JJJJ

Art der Verhinderungspflege:

☐ stundenweise<sup>1</sup>

☐ tageweise<sup>2</sup>

Pflegeperson:

Vor- und Nachname der Pflegeperson

Adresse (Straße, PLZ und Ort) der Pflegeperson

Meine Pflegeperson muss meine Pflege aus folgendem Grund unterbrechen:

☐ Erholungsurlaub

☐ Krankheit

☐ Sonstiges

☐ Ich wurde vor Beginn der Verhinderungspflege bereits für mindestens 6 Monate von meiner eigentlichen Pflegeperson gepflegt.

1 Die Pflegeperson ist weniger als 8 Stunden am Tag verhindert

2 Die Pflegeperson ist mehr als 8 Stunden am Tag verhindert

**1. Die Verhinderungspflege übernimmt in dieser Zeit eine private Pflegekraft:**☐ Nein (weiter bei 2.)☐ Ja, und zwar:

---

Vor- und Nachname der Ersatz-Pflegeperson

---

Telefonnummer (freiwillig)

---

Adresse (Straße, PLZ und Ort) der Ersatz-Pflegeperson☐ Ich lebe mit der genannten Ersatzpflegeperson in häuslicher Gemeinschaft.☐ Mit der selbst beschafften Ersatzpflegekraft bin ich bis zum 2. Grad verwandt<sup>3</sup> oder verschwägert<sup>4</sup>**2. Die Verhinderungspflege wird übernommen von:**☐ einem ambulanten Pflegedienst:☐ einem Pflegeheim:

---

Name des Pflegedienstes/der Pflegeeinrichtung

---

Adresse (Straße, PLZ und Ort) des Pflegedienstes/der Pflegeeinrichtung

**Datenschutzhinweis:** Die Daten werden zur Erfüllung unserer Aufgaben nach § 94 Abs. 1 Nr. 3 und 4 SGB XI zum Zwecke der Leistungsentscheidung nach §§ 28 ff. SGB XI erhoben und verarbeitet. Ihr Mitwirken ist nach § 60 SGB I erforderlich. Fehlende Mitwirkung kann zu Nachteilen 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/nw/datenschutzrechte](http://aok.de/nw/datenschutzrechte). Verantwortlich ist die AOK NordWest – Die Gesundheitskasse, Kopenhagener Str. 1, 44269 Dortmund. Den Stabsbereich Datenschutz erreichen Sie unter gleicher Adresse.

**X**

---

Datum**X**

---

Unterschrift der/des Pflegebedürftigen

---

Telefonnummer für Rückfragen

**Hiermit beantrage ich ebenfalls die vollständige Übertragung des Kurzzeitpflegebudgets des §42 SGB XI in das gemeinsame Budget (§42a des Entlastungsbudgets) ab den 01.07.2025.**

3 Verwandtschaft bis 2. Grad: Kinder, Eltern, Enkelkinder, Großeltern, Geschwister

4 Verschwägerung bis 2. Grad: Stiefkinder, Schwiegersöhne/-töchter, Stief-/Schwiegereltern, Schwieger-/Stiefenkel, Ehegatten von Geschwistern, Großeltern des Ehegatten, Stiefgroßeltern, Schwager/Schwägerin