



Absender

BARMER
73524 Schwäbisch Gmünd

Ihr Schreiben vom
Ihr Zeichen

Antrag auf Verhinderungspflege

- Bitte füllen Sie den Antrag in Druckbuchstaben und in den dafür vorgesehenen Feldern aus! -

Ich beantrage:

- ☐ **tageweise Verhinderungspflege:** Meine Pflegeperson ist mindestens acht Stunden am Tag verhindert (z. B. Urlaubsreise, Aufenthalt im Krankenhaus).
- ☐ **stundenweise Verhinderungspflege:** Meine Pflegeperson ist weniger als acht Stunden am Tag verhindert (z. B. für Einkäufe, Behördengänge oder Freizeitaktivitäten).

Zeitraum der Verhinderung

Datum Datum Kalenderjahr

vom bis oder

Grund der Verhinderung

- ☐ Urlaub der Pflegeperson
- ☐ sonstige Gründe

Welche Pflegeperson ist verhindert? (Angaben nur erforderlich, wenn Sie mehrere private Pflegepersonen haben.)

Vorname der verhinderten Pflegeperson Geburtsdatum der verhinderten Person

Name der verhinderten Pflegeperson

Ich werde bereits seit sechs Monaten zu Hause gepflegt.

- ☐ nein ☐ ja

Bitte Unterlagen lose und nicht geklammert oder geheftet zurück schicken.

Ihr Zeichen

Wer übernimmt die Pflege?

Seite 2 von 2