

# AOK - Die Gesundheitskasse in Hessen

## Antrag auf Leistungen der Pflegekasse bei Verhinderung einer Pflegeperson

Name des/der pflegebedürftigen Versicherten	Geburtsdatum	KV-Nummer
Anschrift		Telefonnummer

### Verhinderte Pflegeperson

Name, Vorname	Anschrift
<input type="checkbox"/> Die häusliche Pflege wurde in den letzten 6 Monaten durch eine private Pflegeperson erbracht.	
Zeitraum der Verhinderung (TTMMJJJJ) vom	_____ bis _____

### Angaben zur Art der Verhinderungspflege

- Tageweise Verhinderungspflege  
 Stundenweise Verhinderungspflege (die Pflegeperson ist weniger als 8 Stunden täglich verhindert).

### Grund der Verhinderung

- Erholungsurlaub     Krankheit     sonstige Gründe \_\_\_\_\_

### Angaben zur Ersatzpflegeperson

- Privatperson**

Name, Vorname	Anschrift	
Telefon-Nr.	Geburtsdatum	Krankenkasse

Zur pflegebedürftigen Person liegt ein Verwandtschafts-/ Schwägerschaftsverhältnis 1. oder 2. Grades* vor	
* Verwandtschaft bis 2. Grad:	Kinder, Eltern, Enkelkinder, Großeltern, Geschwister
* Verschwägerung bis 2. Grad:	Stiefkinder, Schwiegerkinder, Stief-/Schwiegereltern, Schwieger-/ Stiefenkel, Schwager/Schwägerin, Großeltern des Ehegatten, Stiefgroßeltern
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Lebt mit pflegebedürftiger Person in häuslicher Gemeinschaft	
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

- Einsatz Pflegedienst/Stationärer Heimaufenthalt/Behindertenfreizeit**     Direkte Abrechnung wird gewünscht

\_\_\_\_\_  
Name und Anschrift des Pflegedienstes/Heimes/Veranstalters

Die Richtigkeit vorstehender Angaben wird hiermit bestätigt.

_____ Ort, Datum (TTMMJJJJ)	_____ Unterschrift der Ersatzpflegekraft
_____ Ort, Datum (TTMMJJJJ)	_____ Unterschrift des Versicherten bzw. gesetzl. Betreuers oder Bevollmächtigten

# AOK - Die Gesundheitskasse in Hessen

## Beleg zur Kostenerstattung bei einer Verhinderungspflege durch Privatperson(en)

**Bitte diese Seite nach Beendigung der Maßnahme einreichen**

Vorname Name des / der pflegebedürftigen Versicherten

Geburtsdatum

KV-Nummer

Anschrift

**Verhinderungspflege in der Zeit**

von

bis

### Nachweis der entstandenen Aufwendungen:

Ich bestätige hiermit, von Frau/Herrn \_\_\_\_\_ für geleistete Verhinderungspflege einen Gesamtbetrag in Höhe von \_\_\_\_\_ EUR erhalten zu haben.

Ort, Datum

Unterschrift der Ersatzpflegekraft

### Nur bei Verwandten/Verschwägerten bis zum 2. Grad oder bei häuslicher Gemeinschaft auszufüllen:

**Fahrtkosten sind entstanden**

- mit einem öffentlichen Verkehrsmittel (Nachweis der Höhe erforderlich)
- mit dem Privat-PKW (wirtschaftlichste Route)

Fahrt(en) von \_\_\_\_\_ nach \_\_\_\_\_ km/insgesamt:

Anzahl der Fahrten: \_\_\_\_\_

**ein Netto-Verdienstaufschlag entstanden ist** (Bescheinigung des Arbeitgebers erforderlich)

- Innerhalb der letzten 12 Monate habe ich in der Zeit von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ eine weitere Ersatzpflege durchgeführt

Name des/der Pflegebedürftigen

ggf. KV-Nummer/Geburtsdatum

Zuständige Pflegekasse

Ort, Datum

Unterschrift der Ersatzpflegekraft

- Der Erstattungsbetrag soll auf das Konto des /der Versicherten überwiesen werden.

- Eine Überweisung wird auf folgende Bankverbindung erbeten:

IBAN

BIC

Kontoinhaber

Anschrift

Ort, Datum

Unterschrift des Versicherten bzw. gesetzlichen Betreuers oder Bevollmächtigten

Die Richtigkeit vorstehender Angaben wird hiermit bestätigt.

Ort, Datum

Unterschrift des Versicherten bzw. gesetzlichen Betreuers oder Bevollmächtigten