

Information zum Antrag auf Verhinderungspflege

Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 haben Anspruch auf Verhinderungspflege, wenn ihre Pflegeperson wegen Erholungsurlaubs, Krankheit oder aus sonstigen Gründen die Pflege nicht durchführen kann. Voraussetzung hierfür ist, dass der Pflegebedürftige von dieser Pflegeperson zuvor mindestens sechs Monate in der häuslichen Umgebung gepflegt wurde.

Die Kostenbeteiligung der Pflegekasse ist grundsätzlich auf 1.612,00 Euro für maximal 42 Tage im Kalenderjahr begrenzt. Dieser Anspruch kann unter Anrechnung der noch bestehenden Leistungsansprüche der Kurzzeitpflege auf maximal 2.418,00 Euro im Kalenderjahr ausgeweitet werden.

Die Verhinderungspflege kann stundenweise oder tageweise in Anspruch genommen werden. Entscheidend ist dabei, wie lange die Pflegeperson verhindert ist und nicht, wie lange die Ersatzpflegeperson tatsächlich pflegt. Bei der stundenweisen Verhinderungspflege ist die Pflegeperson nur kurz-

fristig, also an weniger als 8 Stunden pro Tag verhindert, z. B. aufgrund eines Arzttermins. In diesen Fällen erfolgt keine Anrechnung auf die Höchstdauer von 42 Tagen und das volle Pflegegeld wird weitergezahlt. Wird die Verhinderungspflege für mehr als 8 Stunden pro Tag beansprucht, z. B. bei Urlaub oder Krankheit, gilt diese als tageweise Verhinderungspflege und das Pflegegeld ist um die Hälfte zu kürzen.

Bei einer Verhinderungspflege durch Pflegepersonen, die mit der pflegebedürftigen Person bis zum zweiten Grad verwandt oder verschwägert sind oder mit dieser in häuslicher Gemeinschaft leben, kann die Pflegekasse sich nur in Höhe des 1,5-fachen des Pflegegeldbetrages des bewilligten Pflegegrades an den Kosten beteiligen. Zudem können die im Zusammenhang mit der Verhinderungspflege entstandenen Aufwendungen (Fahrtkosten, Verdienstausschlag) auf Nachweis von der Pflegekasse übernommen werden.



Persönliche Beratung:
hkk-Geschäftsstellen und
-Servicepunkte. Alle Infos
unter [hkk.de/geschaeftsstellen](https://www.hkk.de/geschaeftsstellen)



**Schnell und kompetent am
Telefon:** hkk-Kundenberatung
unter 0421-36550
und 0800-2555 444



**Überall, rund um
die Uhr:** hkk online
auf [hkk.de](https://www.hkk.de) und
über info@hkk.de



Stand: März 2023
Aktuelle Infos finden Sie auf [hkk.de](https://www.hkk.de)

Antrag auf Leistungen der Verhinderungspflege

Versichertennummer:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Mitglied:
(Vor-, Nachname)

Datum

Betreuer/gesetzlicher Vertreter (bitte Kopie des Betreuerausweises/der Vollmacht beifügen):

Name:

Straße, Nr.:

PLZ, Ort:

Tel.-Nr.:

1. Ich beantrage Leistungen bei Verhinderungspflege

für den Zeitraum vom

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 bis

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

2. Meine verhinderte Pflegeperson ist:

Name:

Straße, Nr.:

PLZ, Ort:

Geburtsdatum der Pflegeperson:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

3. Grund der Verhinderung (Bitte nur einen Grund ankreuzen):

☐ Urlaub

☐ Krankheit

☐ Entbindung

☐ Kurmaßnahme

☐ Rehamaßnahme

oder

☐ Stundenweise Entlastung

☐ Sonstige private Termine (z. B. Arztbesuche)

4. Bitte Zutreffendes ausfüllen (4.1 oder 4.2)

4.1 Durchführung der Verhinderungspflege durch einen Leistungserbringer

☐ Ambulanter Pflegedienst

☐ Stationäre Pflegeeinrichtung

Name und Anschrift des Leistungserbringers

Name:

Straße, Nr.:

PLZ, Ort:

IK-Nummer (vom Pflegedienst/Pflegeheim anzugeben):

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--



Versichertennummer:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

4.2 Durchführung der Verhinderungspflege durch eine Ersatzpflegeperson**Name und Anschrift der Ersatzpflegeperson**

Name: _____

Straße, Nr.: _____

PLZ, Ort: _____

Geburtsdatum der Ersatzpflegeperson:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

- ☐ Die private Ersatzpflegeperson lebt mit der pflegebedürftigen Person in einem gemeinsamen Haushalt.
- ☐ Die private Ersatzpflegeperson pflegt noch weitere Personen im Rahmen der Verhinderungspflege.

Verwandtschaft/Schwägerschaft

Die private Ersatzpflegeperson hat folgendes Verwandtschaftsverhältnis:

- | | | |
|--|---|--|
| ☐ Ehegatte | ☐ Elternteil | ☐ Kind/Stiefkind |
| ☐ Großeltern | ☐ Bruder/Schwester | ☐ Schwager/Schwägerin |
| ☐ Enkel/Enkelin | ☐ Schwiegermutter/-vater | ☐ Schwiegerkind |
| ☐ Stiefelternteil | ☐ Stiefenkelkind | ☐ Stiefgroßeltern |
| ☐ Schwiegerenkel | ☐ Großeltern des Ehegatten | ☐ nichts davon |

5. Sonstige Angaben

Haben Sie Anspruch auf Heilfürsorge oder Beihilfe?

- ☐ Ja ☐ Nein

Wird Ihre Pflege seit mindestens sechs Monaten erbracht?

- ☐ Ja ☐ Nein

Wird hiermit der Übertrag der Ansprüche aus der Kurzzeitpflege bis zu max. 806 Euro beantragt?

- ☐ Ja ☐ Nein

Bei Ersatzpflege durch einen Pflegedienst soll die Abrechnung der Leistungen durch diesen direkt mit der Pflegekasse erfolgen?

- ☐ Ja ☐ Nein

Datum

Telefonnummer

Unterschrift der/des Pflegebedürftigen

Falls nicht möglich: _____

Unterschrift des Betreuers/Bevollmächtigten



Ihre Daten werden gemäß Art. 6 DS-GVO und § 284 SGB V für Zwecke der Kranken- und § 94 SGB XI für Zwecke der Pflegeversicherung verarbeitet. Mehr Infos erhalten Sie unter www.hkk.de/datenschutz und in unseren Geschäftsstellen. Für weitere Fragen hierzu kontaktieren Sie uns gerne.

