

## ANTRAG auf VERHINDERUNGS- / KURZZEITPFLEGE (GEMEINSAMES JAHRESBUDGET)

### 1. PERSÖNLICHE ANGABEN DES/R PFLEGEBEDÜRFTIGEN:

|                                 |                     |                             |
|---------------------------------|---------------------|-----------------------------|
| Name, Vorname des Versicherten: | Geburtsdatum:       | Krankenversicherungsnummer: |
| Straße, Hausnummer:             | Postleitzahl:       | Wohnort:                    |
| Telefon (mobil):                | Telefon (Festnetz): | E-Mail:                     |
| -----                           |                     |                             |

### 2. FÜR FOLGENDE(N) ZEIT(EN) WIRD DIE ERSATZPFLEGE BEANTRAGT:

|      |      |             |
|------|------|-------------|
| vom: | bis: |             |
| vom: | bis: | nach Bedarf |
| vom: | bis: |             |

### 3. ANGABEN ZU AKTUELLE(N) PFLEGEPERSONEN:

Sind die Pflegepersonen gleichzeitig abwesend? (bei mehreren Pflegepersonen) Ja Nein

Es sind folgende Pflegepersonen abwesend:

|  |                 |                |
|--|-----------------|----------------|
| Name, Vorname der Pflegeperson: -----                |                 |                |
| Diese Pflegeperson fällt aus wegen                   | Urlaub          | Krankheit      |
| Sonstige Gründe: -----                               |                 |                |
| Die Pflegeperson ist von der Pflege täglich abwesend | unter 8 Stunden | über 8 Stunden |

|  |                 |                |
|--|-----------------|----------------|
| Name, Vorname einer weiteren Pflegeperson: -----     |                 |                |
| Diese Pflegeperson fällt aus wegen                   | Urlaub          | Krankheit      |
| Sonstige Gründe: -----                               |                 |                |
| Die Pflegeperson ist von der Pflege täglich abwesend | unter 8 Stunden | über 8 Stunden |

|  |                 |                |
|--|-----------------|----------------|
| Name, Vorname einer weiteren Pflegeperson: -----     |                 |                |
| Diese Pflegeperson fällt aus wegen                   | Urlaub          | Krankheit      |
| Sonstige Gründe: -----                               |                 |                |
| Die Pflegeperson ist von der Pflege täglich abwesend | unter 8 Stunden | über 8 Stunden |

Bitte Rückseite beachten! →

Seite 2 der  
Antrags für:

Name, Vorname des Versicherten:

KV-Nummer:

#### 4. ANGABEN ZUR ERSATZPFLEGE:

Die Ersatzpflege wird sichergestellt:

durch einen Pflegedienst/ in einer Einrichtung, z.B. Kurzzeitpflegeeinrichtung

Name des Pflegedienstes oder der Einrichtung, z.B. Kurzzeitpflegeeinrichtung

Straße, Hausnummer:

Postleitzahl:

Ort:

-----

durch eine Privatperson, z.B. Nachbarin

Name, Vorname der Ersatzpflegeperson

Straße, Hausnummer:

Postleitzahl:

Ort:

Telefon (*mobil*):

Telefon (*Festnetz*):

E-Mail:

-----

- |   |    |      |
|---|----|------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Ist die private Ersatzpflegeperson mit dem Pflegebedürftigen <b>bis zum 2. Grad verwandt oder verschwägert</b>?</li> </ul> | Ja | Nein |
|---|----|------|

Beziehung / Verwandtschaftsgrad \* -----

- |   |    |      |
|---|----|------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Lebt die Ersatzpflegeperson in häuslicher Gemeinschaft mit der/dem Pflegebedürftigen?</li> </ul> | Ja | Nein |
|---|----|------|

**\*Verwandt / verschwägert bis zum 2. Grad sind:** Eltern, Großeltern, Kinder, Enkelkinder, Geschwister, Stiefeltern, Schwiegereltern, Ehefrau / Ehemann des Großvaters / der Großmutter, Stiefgroßeltern, Stiefkinder, Schwiegerkinder (Schwiegersohn / Schwiegertochter), Stiefenkelkinder, Ehefrau / Ehemann des Enkels, Schwager, Schwägerin.

**\*\* Ab 01.07.2025 gilt das gemeinsame Jahresbudget in Höhe von**

Hiermit versichere ich, dass die Angaben wahrheitsgemäß und vollständig sind.

Datum

Unterschrift der Pflegebedürftigen

bzw. des Bevollmächtigten