

Empfänger

Versicherungsnummer

Name

Vorname

Adresse

Sehr geehrte Damen und Herren,

seit dem _____ werde ich zuhause betreut und gepflegt.

Arbeitszeit ganztags (täglich acht Stunden und mehr) stundenweise (täglich weniger als acht Stunden)

Die mich betreuende Pflegekraft ist vom _____ bis _____ verhindert.

Grund der Verhinderung Krankheit Erholungsurlaub Sonstiges

Für die Dauer der Verhinderung wird die Pflege von folgender Pflegekraft übernommen:

Name

Vorname

Adresse

Verwandschaftsgrad

Bitte schicken Sie mir:

eine Abtretungserklärung* **oder** eine Kostenübernahme-Bestätigung

*so kann die Pflegekraft direkt
mit der Versicherung abrechnen

(Optional) Ich möchte die Hälfte meines Anspruchs
auf Kurzzeitpflege als Verhinderungspflege in Anspruch nehmen.

ja nein

Datum und Ort

Unterschrift der Pflegeperson/des Bevollmächtigten